



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Por:

Virgínia Alves Ferreira

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Atividade Clínica

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Por:

Virgínia Alves Ferreira

Orientador: Professora Doutora Célia Coutinho Alves

Coorientador: Professor Doutor Nuno Bernardo Malta dos Santos

Viseu, 2018

AGRADECIMENTOS

À orientadora desta dissertação, Professora Doutora Célia Coutinho Alves, pela disponibilidade, pela sua opinião, crítica, colaboração e exigência.

Ao coorientador, Professor Doutor Nuno Bernardo Malta Santos, pela opinião e crítica prestada ao longo da realização da dissertação, pela paciência e disponibilidade, cooperação, apoio, incentivo e rigor.

Aos meus pais, que apesar da distância sempre me apoiaram em qualquer situação, pela amor e carinho, por serem um exemplo para mim, pelo incentivo e compreensão ao longo do meu percurso académico.

Aos meus amigos de Bragança, que apesar da distância estiveram sempre presentes ao longo da minha vida académica, que me apoiaram, motivaram e estiveram do meu lado.

Às minhas colegas de casa, Mariana Pimenta, Raquel Rodrigues e Cláudia Rodrigues, pela paciência, amizade, amor, carinho, incentivo, por estarem sempre ao meu lado e sempre me ajudarem em qualquer situação, pelos bons momentos e gargalhadas que não irei esquecer.

Aos meus amigos de curso, que fui desenvolvendo uma grande amizade ao longo destes 5 anos, que sempre me ajudaram e apoiaram, estiveram presentes nos bons momentos e momentos menos bons, pela interajuda, pelo carinho e força para continuar a ser sempre melhor.

À minha binómia que esteve sempre presente, me ajudou e apoiou, pela cumplicidade e paciência, pela força e motivação, por todos os momentos bons que passamos

RESUMO

A Medicina Dentária é o ramo da medicina que estuda e trata a saúde oral dos indivíduos, sendo que esta não deve ser separada nem desconectada com a saúde geral, tornando-se uma parte integrante.

Cada paciente possui as suas características e personalidades. O médico dentista tem de ser capaz de estabelecer uma relação de confiança e diagnosticar e obter um plano de tratamento adequado ao paciente que está na sua cadeira tanto a nível económico, como social e psicológico com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Para além disso, a prevenção deve ser um ponto importante focado em todas as consultas para minimizar doenças na cavidade oral, sendo cada vez mais relevante o seu realce nas idades mais precoces.

Estas competências são adquiridas com a parte clínica executada ao longo do 5º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho consiste numa análise estatística e quantitativa do trabalho realizado como um todo e nas diferentes áreas disciplinares: Medicina Oral, Periodontologia, Odontopediatria, Cirurgia Oral, Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa, Endodontia, Dentisteria Operatória, Oclusão e Ortodontia. Por último serão expostos três casos clínicos diferenciados, devidamente referenciados e algumas atividades científicas realizadas.

ABSTRACT

Dental Medicine is the branch of medicine that studies and treats the oral health of individuals, and this should not be separated or disconnected with the general health, becoming an integral part.

Each patient has its own characteristics and personalities. The dentist must be able to establish a relationship of trust and diagnose and obtain a plan of treatment appropriate to the patient who is in his chair both economically, socially and psychologically levels with the goal of improving the quality of life.

Furthermore, prevention should be an important point focused on all queries to minimize oral cavity diseases, being more relevant its enhancement at the earliest ages.

These competences are acquired with the clinical part performed along the 5th grade of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine at the Universidade Católica Portuguesa. This work consists of a statistical and quantitative analysis of the work as a whole and in the various subject areas: Oral Medicine, Periodontology, Pediatric Dentistry, Oral Surgery, Removable Prosthodontics, Fixed Prosthodontics, Endodontics, Operative Dentistry, Occlusion and Orthodontics. Finally, three different clinical cases will be exposed, duly referenced and some scientific activities carried out.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	- 1 -
MATERIAIS E MÉTODOS.....	- 5 -
RESULTADOS	- 7 -
CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA:	- 7 -
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO A CADA ÁREA DISCIPLINAR:	- 13 -
Medicina Oral:.....	- 13 -
Periodontologia:	- 15 -
Odontopediatria:.....	- 19 -
Dentisteria Operatória:	- 23 -
Prótese Removível:	- 27 -
Prótese Fixa:.....	- 31 -
Endodontia:	- 35 -
Ortodontia:	- 39 -
Oclusão:.....	- 41 -
Cirurgia Oral:	- 45 -
CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS	- 49 -
Caso Clínico 1: Recobrimento de Recessões pela técnica de tunelização.....	- 49 -
Caso Clínico 2: Alongamento distal e descontaminação da bolsa mesial	- 59 -
Caso Clínico 3: Regeneração óssea de defeito angular	65
ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	73
CONCLUSÕES.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Número de consultas realizadas, desmarcadas e faltas efectuadas pelo paciente	- 7 -
Gráfico 2: Contagem do número de consultas como operador e assistente	- 7 -
Gráfico 3: Distribuição do número de desmarcações e faltas nas diversas áreas disciplinares	- 8 -
Gráfico 4: Distribuição do número de consultas efectuadas pelas diferentes áreas disciplinares	- 9 -
Gráfico 5: Distribuição do total de pacientes atendidos por sexo e por hábitos tabágicos ..	10 -
Gráfico 6: Distribuição do número de pacientes pelo local de residência.....	- 10 -
Gráfico 7: Atos clínicos a Medicina Oral, diferenciados em Operador e Assistente ..	- 14 -
Gráfico 8: Distribuição dos pacientes segundo sexo e hábitos tabágicos	- 14 -
Gráfico 9: Atos clínicos a Periodontologia, diferenciados em Operador e Assistente. -	16 -
Gráfico 10: Diferenciação dos atos realizados	- 16 -
Gráfico 11: Diagnóstico obtido nas consultas	- 17 -
Gráfico 12: Atos clínicos em Odontopediatria, distribuídos em Operador e Assistente ..	- 20 -
Gráfico 13: Tipo de tratamento executado	- 20 -
Gráfico 14: Atos clínicos a Dentisteria Operatória, diferenciados em Operador e Assistente.....	- 24 -
Gráfico 15: Atos clínicos em Prótese Removível, diferenciados em Operador e Assistente.....	- 28 -
Gráfico 16: Diferenciação dos atos realizados em tipo de consulta	- 29 -
Gráfico 17: Distribuição dos atos realizados como operador.....	- 30 -
Gráfico 18: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente	- 32 -
Gráfico 19: Distribuição do número de consultas pelo total de pacientes atendidos ..	- 32 -
Gráfico 20: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente	- 36 -
Gráfico 21: Distribuição do número de consultas pelos diferentes pacientes atendidos...	- 36 -
Gráfico 22: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente	- 40 -
Gráfico 23: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente	- 42 -
Gráfico 24: Diferenciação do número de consultas pelos diferentes pacientes atendidos ..	- 42 -
Gráfico 25: Ato clínico realizados, diferenciados em Operador e Assistente	- 46 -
Gráfico 26: Dentes que foram sujeitos a extração pelo binómio 40.....	- 47 -
Gráfico 27: Diagnóstico obtido para a extração dos dentes	- 47 -

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número de pacientes consoante a sua Higiene Oral.....	- 11 -
Tabela 2: Distribuição do tipo de diagnóstico em relação com Índice de placa e Índice de Sangramento	- 17 -
Tabela 3: Diferenciação dos dentes tratados	- 21 -
Tabela 4: Diferenciação dos dentes tratados	- 25 -
Tabela 5: Diagnóstico obtido em cada dente tratado na área disciplinar de Endodontia ..	- 37 -

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Periograma da paciente.....	- 49 -
Ilustração 2: Ortopantomografia da paciente.....	- 50 -
Ilustração 3: Recessão gengival no dente 14.....	Ilustração 4: Pós operatório de 2anos e 5meses após a cirurgia - 51 -
Ilustração 5: Fotografia lateral do 1º Quadrante após 2 anos e 5 meses a cirurgia de recobrimento periodontal.....	- 51 -
Ilustração 6: Fotografia extra oral da paciente	Ilustração 7: Fotografia intra oral da paciente antes das cirurgias - 56 -
Ilustração 8: Fotografia intra-oral pré-operatóia do 2º Quadrante, salientando as recessões no 24 e 25	- 56 -
Ilustração 9: Fotografia pós-operatória do 2º Quadrante...	Ilustração 10: Fotografia do 2º Quadrante, após 2 semanas da cirurgia - 57 -
Ilustração 11: Fotografia após remoção de sutura do 2º Quadrante	- 57 -
Ilustração 12: Periograma da paciente.....	- 59 -
Ilustração 13: Ortopantomografia, salientando a cárie presente no dente 47	- 60 -
Ilustração 14: Fotografia operatória	Ilustração 15: Fotografia operatória, após remoção óssea e descontaminação da bolsa - 63 -
Ilustração 16: Radiografia periapical após o alongamento coronário	Ilustração 17: Radiografia periapical após tratamento da cárie em Distal do dente 47
Ilustração 18: Periograma da paciente.....	65
Ilustração 19: Ortopantomografia da paciente.....	66
Ilustração 20: Radiografia periapical aquando da descoberta do defeito ósseo	66
Ilustração 21: Radiografia Periapical após curetagem	66
Ilustração 22: Radiografia Periapical após a cirurgia.....	66
Ilustração 23: Fotografia de Sondagem inicial.....	Ilustração 24: Fotografia de deslocamento do retalho 70
Ilustração 25: Fotografia de curetagem do dente 32.....	Ilustração 26: Fotografia de alisamento radicular com broca 70
Ilustração 27: Fotografia após alisamento radicular	Ilustração 28: Fotografia aquando da colocação do Emdogain 70
Ilustração 29: Fotografia da colocação de Xenograft	Ilustração 30: Fotografia final da cirurgia 71
Ilustração 31: Fotografia após 10 dias da cirurgia...	Ilustração 32: Fotgrafia após 17 dias da cirurgia 71
Ilustração 33: Radiografia periapical após a cirurgia	71

INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária é a parte da medicina que estuda a saúde oral dos indivíduos. Esta está diretamente relacionada com a saúde geral, tornando-se uma parte integrante (1). Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, e consequentemente o bem-estar físico, social e psicológico.

A Ordem dos Médicos Dentistas definem a Medicina Dentária como “o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas”. Esta profissão não só está encarregue de tratar a dor, mas também em preveni-la e em proporcionar uma boa saúde oral.

A saúde oral não deve ser vista como um todo, mas sim como uma parte de um todo. Ou seja, esta está diretamente influenciada e influencia o resto do corpo. Com isto o médico dentista deve ter a noção que qualquer patologia encontrada na cavidade oral pode desencadear alterações em outros sistemas do corpo humano, ou pode ser uma consequência de uma perturbação corporal.

Atualmente está documentada a possível relação entre doenças dentárias e periodontais provocadas por biofilmes bacterianos com certas patologias sistémicas como cardiovasculares, reumática ou respiratórias (2). Assim, o profissional de saúde deve ter consciência do efeito dos planos de tratamentos em determinadas condições médicas e na prestação de atendimento.

A atividade clínica não depende somente do médico dentista mas também do estatuto social e económico do paciente, da cultura, política e do carácter educacional. O profissional de saúde deve interpretar o paciente como um todo e a escolha do tratamento deve ser de aceitação total do doente.

A parte clínica na medicina dentária está em constante evolução, em todas as áreas, devido à grande diversidade de tecnologias existentes hoje em dia, aos novos materiais e produtos que são criados ou modificados, às técnicas e procedimentos que são criados ou retificados. Manter-se atualizado com os avanços da Medicina Dentária e ser capaz de gerenciar pacientes que têm necessidades e demandas complexas é um desafio para os dentistas (3).

Este crescente desenvolvimento permite ao médico dentista um método de resolução à diversidade de problemas que podem ocorrer no dia a dia e a constante necessidade de atualização permanente e de procura e seleção da melhor evidência científica. Esta evolução reflete-se no facto de hoje em dia existir cada vez mais idosos com dentes naturais (4) (5).

Atualmente, o progresso dá-se não só através dos avanços tecnológicos mas também na ciência médica dentária do passado, já que, por exemplo, antigamente as próteses parciais eram em madeira, depois passaram a ser em placas soltas até que hoje em dia estas podem ser produzidas em modelo CAD/CAM (6).

A imagem do dentista, até algumas décadas atrás, era tão negativa que este era visto apenas para atuar, prioritariamente, na dimensão curativa das doenças da cavidade oral e não como um método preventivo para qualquer patologia. Esta condição criou uma visão distorcida sobre este profissional da saúde, criando situações de ansiedade que são uma das principais dificuldades para a clínica odontológica. Sendo que, um grande número de dentistas considera que a ansiedade do paciente é uma barreira para seu trabalho (7).

Assim, tanto para o paciente como para o profissional, em algumas circunstâncias, o tratamento dentário torna-se um grande desafio. No entanto, a clínica proporciona a possibilidade de acompanhar um paciente em todas as áreas para que a relação de confiança possa evoluir. Assim, esta relação médico-paciente é de extrema importância e deve criar um vínculo de confiança que começa desde a primeira consulta para que os posteriores tratamentos sejam o mais calmos e fiáveis possíveis (7).

O médico dentista deve ter todas as competências para conseguir tratar um paciente, desde uma anamnese completa, exames auxiliares até um diagnóstico acertado e correto o mais precoce possível com posterior tratamento, o mais fidedigno e de aceitação absoluta do paciente. Também o profissional tem de ter as capacidades para lidar com casos de emergência que aparecem no consultório, desde a precaução com a medicação tomada a possíveis alergias ao tratamento, medicação e até mesmo anestesia.

Uma outra vertente da medicina dentária é a medicina dentária forense, definida como a ciência associada a assuntos legais (8). Esta usa os conhecimentos dentários na identificação de um corpo, quando este não é possível de identificar por outros meios, já

que a estrutura dentária mantém a integridade e estabilidade em situações mais complexas em que os tecidos orgânicos e ossos não suportam. Para isto, são usados dados clínicos fornecidos pelo médico dentista, como a história clínica, radiografias e tratamentos dentários efetuados *ante mortem* (cirurgias, próteses, restaurações) para comparação com o *post mortem*.

Ao longo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária existem duas componentes, a componente teórica e a componente prática que é realizada na clínica Dentária Universitária. Esta permite ao aluno adquirir capacidades e conhecimentos como o posicionamento do paciente, ergonomia, como lidar com certos pacientes, e permite ao estudante por em prática protocolos estudados ao longo dos primeiros anos, realizar diagnósticos e planos de tratamentos e pô-los em execução e interpretar exames complementares de diagnóstico.

A parte clínica não só permite ao estudante ganhar experiência clínica como permite a sua constante evolução e novos métodos de abordagem em várias situações. Para além disso, o aluno é constantemente confrontado com perguntas teóricas e circunstâncias diversas, desde consultas apenas de diagnóstico até emergências médicas.

Neste relatório de atividade clínica é descrito o método de atuação que o aluno realiza em cada área disciplinar, tal como é analisado estatisticamente todos os pacientes atendidos pelo binómio em causa (binómio 40).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este relatório pretende analisar estatisticamente todos os atos realizados ao longo do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Viseu.

Irá ser realizada uma análise estatística da amostra em geral como um todo e, de seguida, individualizada pelas diferentes áreas disciplinares pertencentes ao plano curricular do ano letivo: Medicina Oral, Periodontologia, Odontopediatria, Dentisteria Operatória, Prostodontia Removível, Prostodontia Fixa, Endodontia, Ortodontia, Oclusão e Cirurgia Oral. Em cada área é apresentado um enquadramento teórico inicial, seguida dos resultados estatísticos que classifica o número de atos como operador e assistente.

Para isso, foi necessária a recolha dos dados clínicos de todos os paciente e dos atos realizados pelo binómio 40, desde o dia 18 de Setembro de 2017 até ao dia 30 de Maio de 2018. A recolha foi realizada através do programa informático de gestão clínica Newsoft® 2.0, e do programa Planmeca Dimaxis® onde estão presentes os meios auxiliares de diagnósticos realizados ao longo das consultas. Os dados foram transferidos e analisados através do programa Microsoft Excel, no qual foi realizada a estatística e os gráficos apresentados ao longo do relatório.

A amostra clínica foi caracterizada e classificada segundo diferentes variáveis como o sexo, idade, hábitos tabágicos, de higiene oral.

Em última análise são apresentados alguns casos clínicos diferenciados e exposto a produção científica realizada ao longo dos cinco anos de mestrado integrado de Medicina Dentária.

A realização das introduções e enquadramentos teóricos constou de uma pesquisa bibliográfica nos motores de busca PubMed e Google Académico.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA:

Ao longo do 5º ano de Mestrado Integrado de Medicina Dentária foram realizadas diversas consultas nas diferentes áreas disciplinares. Ao todo, desde 11 de Setembro de 2017 até à data de 30 de Maio de 2018, foram efetuadas 135 consultas pelo binómio 40, sendo que 55% das consultas foram realizadas como operador e 45% como assistente. Durante este ano letivo também se verificaram 18 desmarcações e 15 faltas.

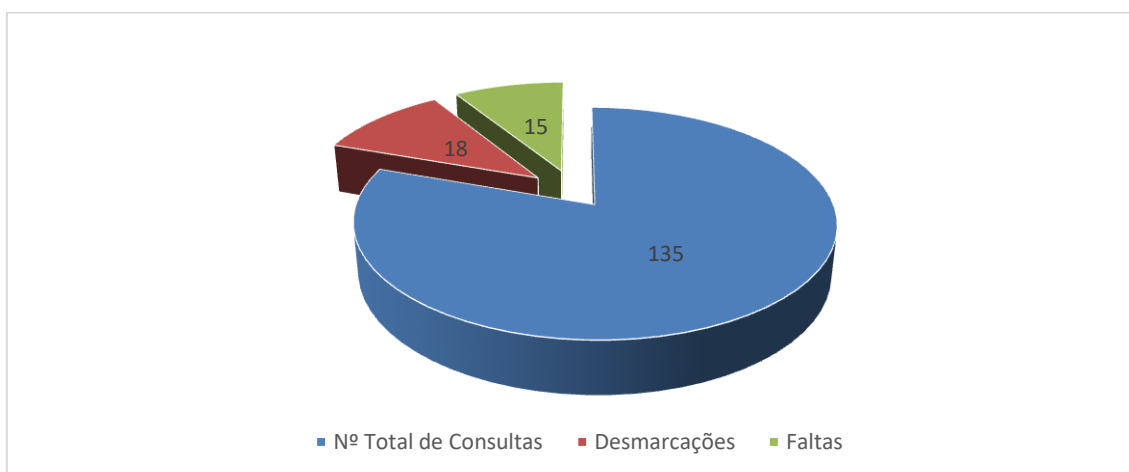


Gráfico 1: Número de consultas realizadas, desmarcadas e faltas efectuadas pelo paciente

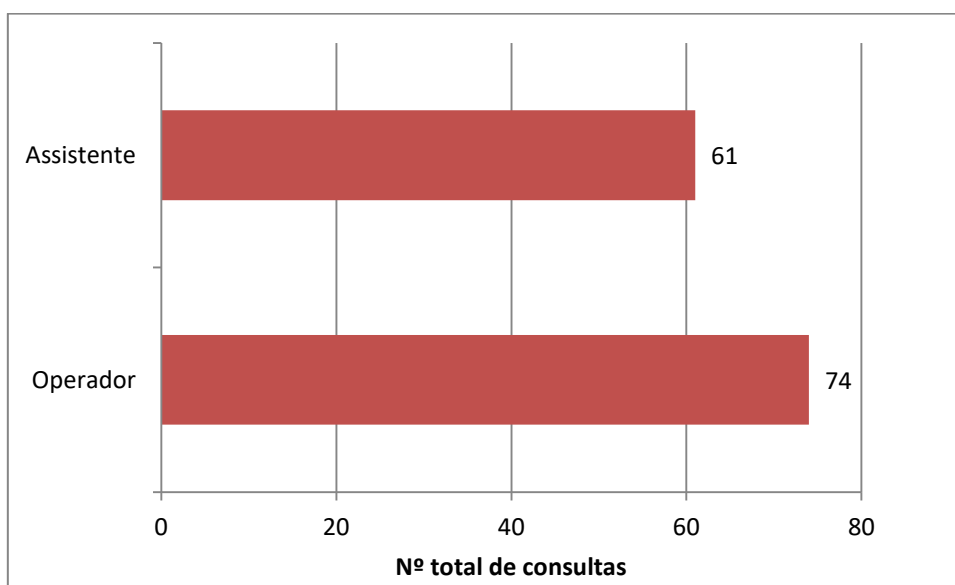


Gráfico 2: Contagem do número de consultas como operador e assistente

Em relação às desmarcações e faltas que se confirmaram ao longo dos dois semestres letivos, houve predominância para a área disciplinar de Dentisteria Operatória, sendo que em Prostodontia Removível e Ortodontia não se verificou nenhuma falta nem desmarcação.

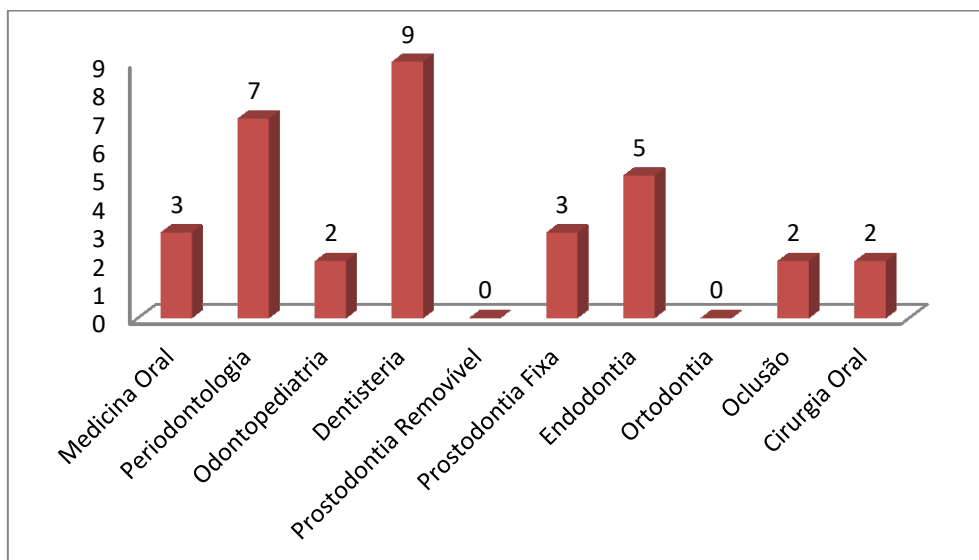


Gráfico 3: Distribuição do número de desmarcações e faltas nas diversas áreas disciplinares

Em cada área pode-se verificar um maior número de consultas em Prostodontia Removível, com 41 consultas efetuadas. Seguidamente encontra-se Prostodontia Fixa com 17 atos, Periodontologia e Dentisteria Operatória com 15, Endodontia com 14, Odontopediatria com 10 atos, Cirurgia Oral com 9, Oclusão com 6, Medicina Oral com 5 e por último Ortodontia com apenas 3 consultas realizadas. Podendo assim afirmar uma maior componente prática na área de reabilitação protética e menos componente em Ortodontia.

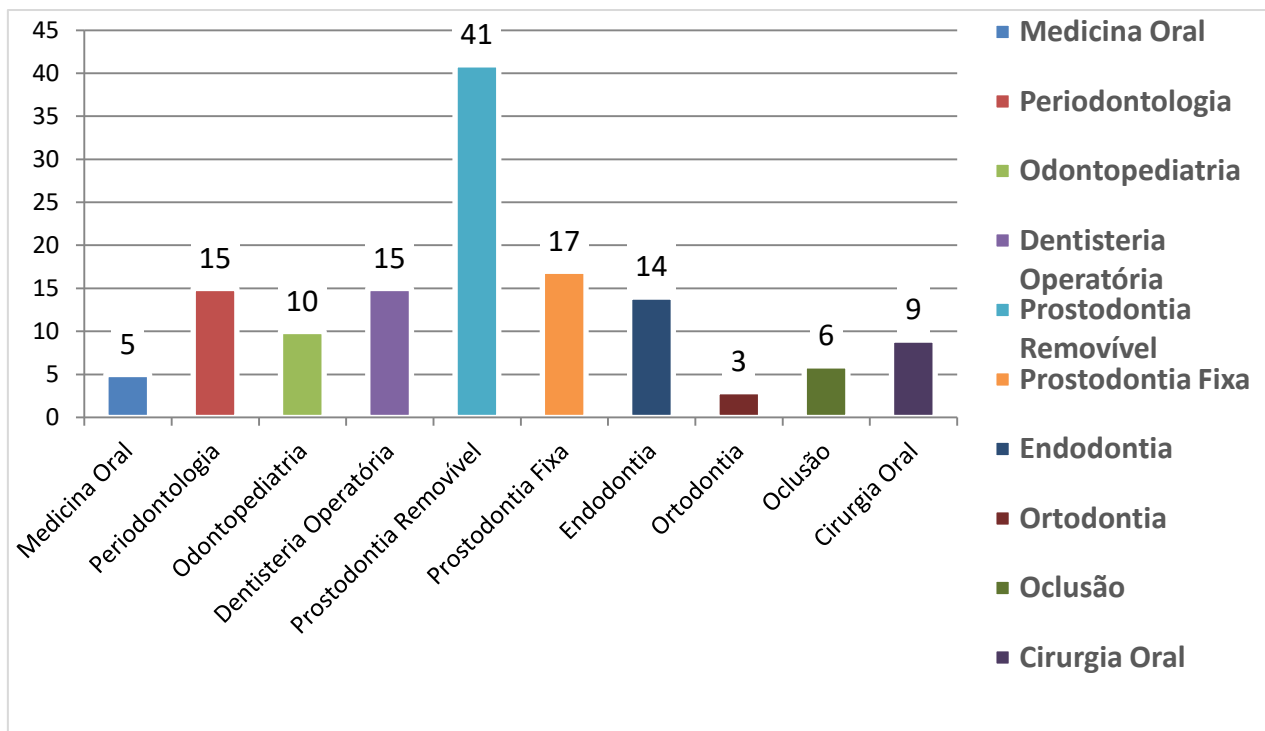


Gráfico 4: Distribuição do número de consultas efetuadas pelas diferentes áreas disciplinares

Apesar de se ter realizado 135 consultas, apenas se atenderam 53 pacientes diferentes, constatando assim um claro seguimento de pacientes em várias áreas disciplinares. Destes 53 pacientes, 62% eram do sexo Feminino (33 pacientes) e 38% eram do sexo Masculino (20 pacientes). Apenas 8 pacientes eram fumadores, 4 do sexo Feminino e 4 do sexo Masculino, sendo que a média de cigarros era de 9,4 cigarros por dia. Em relação aos não fumadores 29 pacientes eram do sexo Feminino e 16 do sexo Masculino.

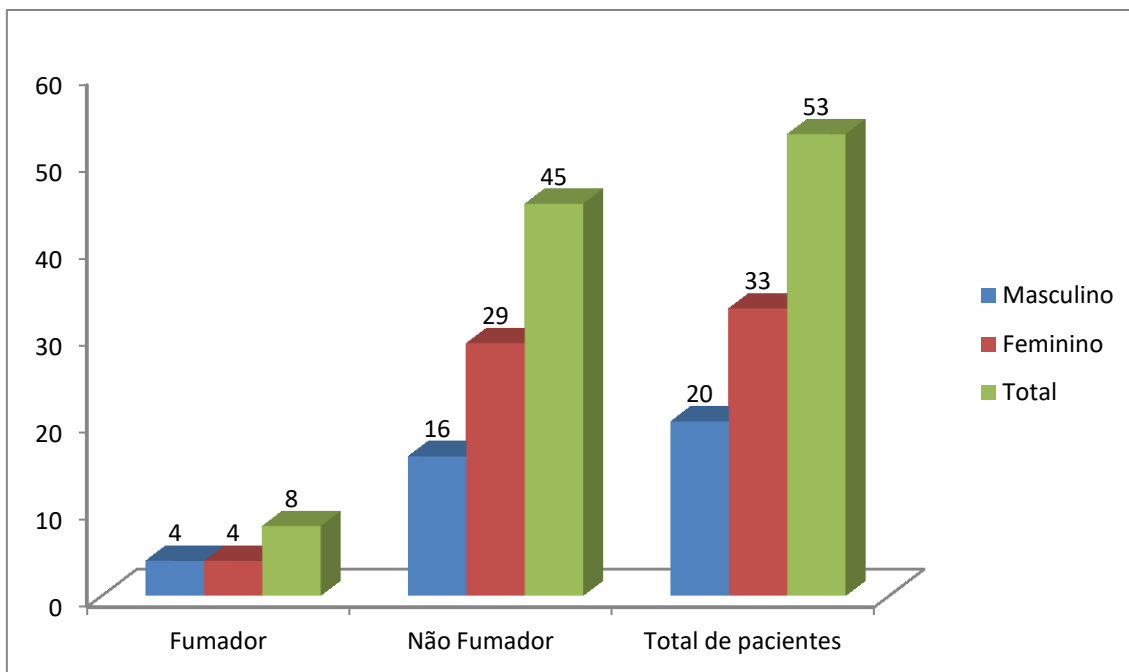


Gráfico 5: Distribuição do total de pacientes atendidos por sexo e por hábitos tabágicos

Em relação à localidade de residência podemos afirmar que 95% da população atendida na clínica pertencem ao distrito de Viseu, 3% pertence ao distrito de Bragança e 2% ao distrito da Guarda. Quanto às idades dos pacientes a média é de 47 anos, sabendo que a idade mínima é de 7 anos e a idade máxima é 89 anos.

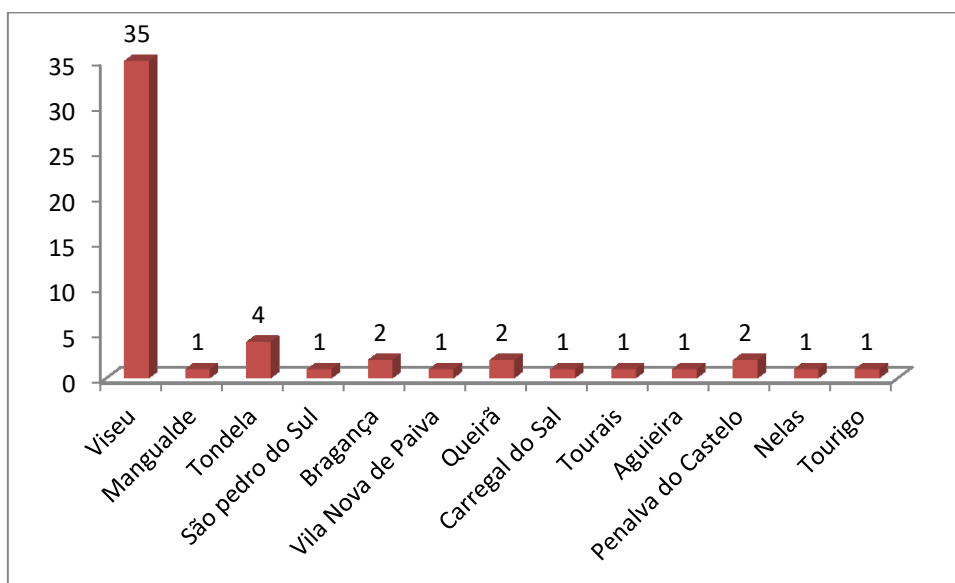


Gráfico 6: Distribuição do número de pacientes pelo local de residência

Quanto à Higiene Oral de cada paciente verifica-se que existem pacientes que afirmam não escovar os dentes (2 indivíduos), havendo até um paciente que reconhece lavar pelo menos cinco vezes por dia.

Tabela 1: Distribuição do número de pacientes consoante a sua Higiene Oral

Nº Escovagens/dia	Nº Indivíduos	Percentagem
0x	2	3,77%
1x	20	43%
2x	27	40%
3x	3	4%
5x	1	1,89%
Total	53	100%

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO A CADA ÁREA DISCIPLINAR:

Medicina Oral:

Introdução:

No âmbito da área disciplinar Medicina Oral é efetuada a anamnese do paciente. Esta representa/fornece toda a informação relevante ao médico dentista, e revela o estado de saúde do paciente, orienta e guia o exame clínico. Permite ao médico dentista identificar problemas, determinar diagnósticos e planejar o tratamento mais adequado. Para que não ocorra perda de informações ou incorretas interpretações deve ocorrer uma adequada comunicação verbal entre o médico e o paciente, durante a consulta (2) (9).

A anamnese não só permite ao médico dentista saber a história médica atual, mas também o passado do paciente, tal como doenças pregressas, acidentes, tratamentos efetuados, alergias, medicação em uso e passada que possam condicionar o tratamento dentário.

Em uma primeira consulta é então efetuado um questionário, questionário esse em suporte informático, que simplifica a aquisição dos dados clínicos, identifica e cria automaticamente o alerta do risco médico ASA de cada paciente, uniformiza a comunicação entre os profissionais de saúde oral e economiza tempo (2).

“O acto médico é um processo lógico e ordenado que se inicia nessas primeiras informações referidas pelo paciente, seguindo-se o exame clínico e eventualmente os exames complementares de diagnóstico” (2).

Assim, nesta área disciplinar são atendidos novos pacientes e é efetuada uma história clínica detalhada, através da qual é elaborada a triagem dos pacientes para as diferentes áreas consoante a sua necessidade. Nesta consulta, para além da anamnese, todos os atos realizados foram constituídos por um exame intra e extra oral, a realização de uma ortopantomografia e de um questionário de primeira consulta.

Atividade Clínica:

Ao longo do ano letivo, foram realizadas 5 consultas em Medicina Oral, sendo que três foram efetuadas como operador e dois como assistente. Dos cinco pacientes, três eram do sexo feminino (duas fumadoras) e dois do sexo masculino.

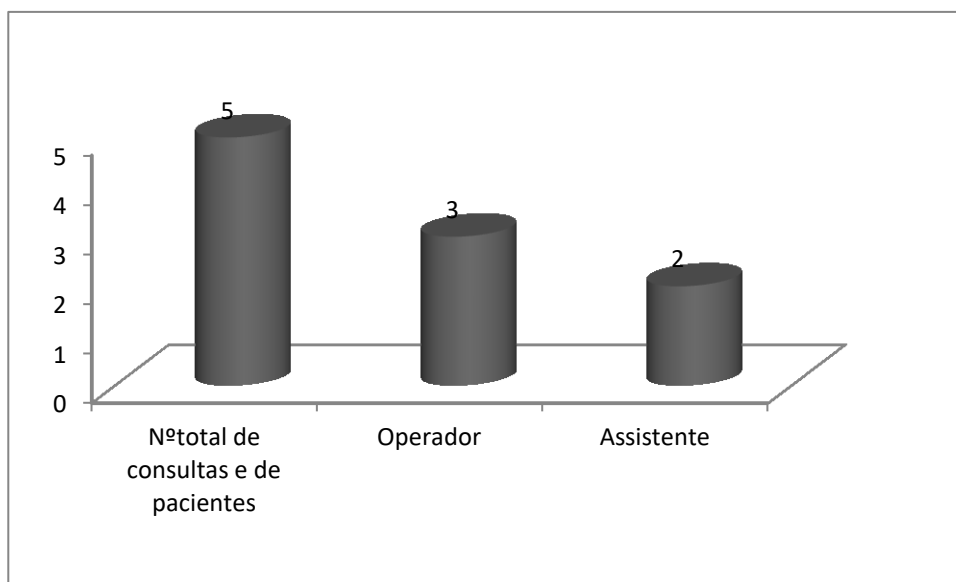


Gráfico 7: Atos clínicos a Medicina Oral, diferenciados em Operador e Assistente

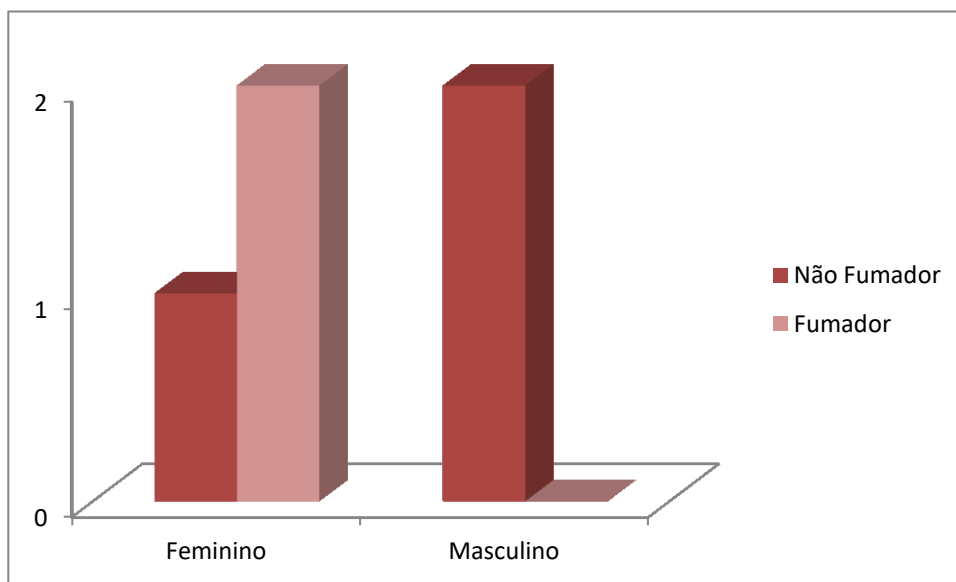


Gráfico 8: Distribuição dos pacientes segundo sexo e hábitos tabágicos

Nenhum paciente apresentava dor, um deles dirigiu-se à clínica devido a infecção de um dente, os restantes apenas por rotina, com a finalidade de reabilitar zonas desdentadas e de efetuar destartizações.

Periodontologia:

Introdução:

O periodonto (peri-à volta; odonto-dente) é constituído por várias estruturas (tecidos), tais como, a gengiva, o ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar. Pode ser dividido em duas partes: a gengiva que protege os tecidos subjacentes, e o componente de inserção, constituído pelas restantes estruturas. A sua principal função é unir o dente ao osso dos maxilares e manter a integridade da mucosa mastigatória da cavidade oral. Este constitui uma unidade de desenvolvimento, biológica e funcional que envelhece e está, além disso, sujeita a alterações morfológicas relacionadas a alterações funcionais e alterações no ambiente oral, assim como mudanças associadas à idade (10) (11).

No âmbito da área disciplinar de Periodontologia é então feita a manutenção da saúde do periodonto. Inicialmente, realiza-se um diagnóstico, através da análise da parte periodontal dos dentes, como doenças gengivais e periodontais. Este estudo é realizado através da sondagem dos sulcos gengivais e bolsas periodontais, com o uso de uma sonda periodontal em seis pontos em cada dente, e consequentemente se verifica o *Bleeding On Probing* (BOP/Índice de sangramento), que corresponde ao sangramento nesses mesmo pontos. Nesta fase também é calculado o índice de placa que é realizado através de um revelador de placa, um corante que revela a presença de placa através da coloração rosa/aroxeada das faces dos dentes.

Após isso, é realizada um plano de tratamento que começa sempre pela fase higiénica, sendo que todas as consultas de destartarização foram compostas de uma sondagem inicial, um revelador de placa, destartarização e polimento final com escova e pasta de polimento.

Para além disso são reforçadas as instruções de higiene oral, o uso de fio dentário e por vezes de escovilhões consoante o tipo de diagnóstico obtido. Também é recomendada a manutenção das consultas de fase higiénica para prevenir a progressão de doenças periodontais.

Atividade clínica:

Em Periodontologia, realizaram-se 15 consultas em 13 pacientes sendo que nove foram como operador e seis como assistentes. Dos 15 atos efetuados, 12 foram realizadas destartarizações e 3 foram atos diferenciados. Num deles foi efetuada o conserto de uma férula do 33 ao 43 que se encontrava fraturada. Foi usando ataque ácido, adesivo e compósito para a sua reparação. Outro paciente foi reencaminhado de Dentisteria Operatória, para um alongamento coronário devido a uma cárie sub gengival num dente que possuía uma ponte em ouro. Por último, foi realizada uma regeneração óssea, devido a perda substancial de suporte periodontal entre o 32 e 33, agravada por trauma oclusal.

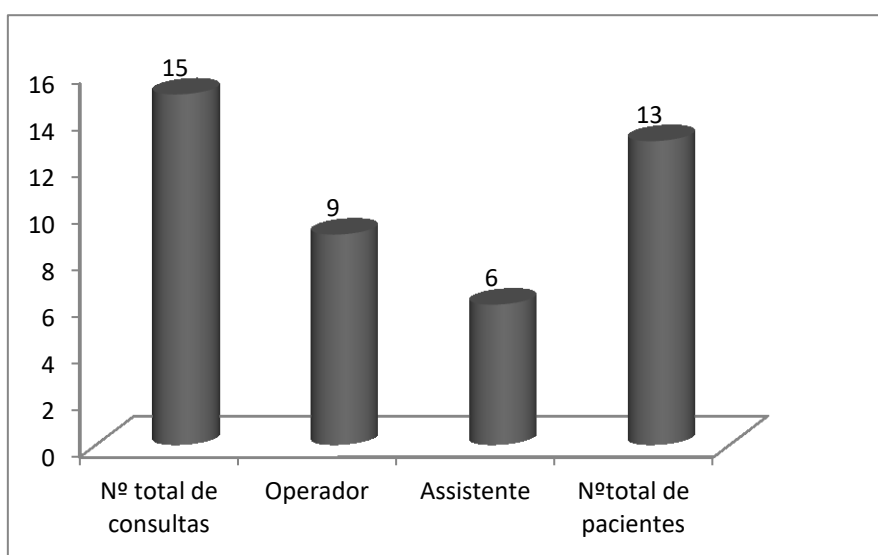


Gráfico 9: Atos clínicos a Periodontologia, diferenciados em Operador e Assistente

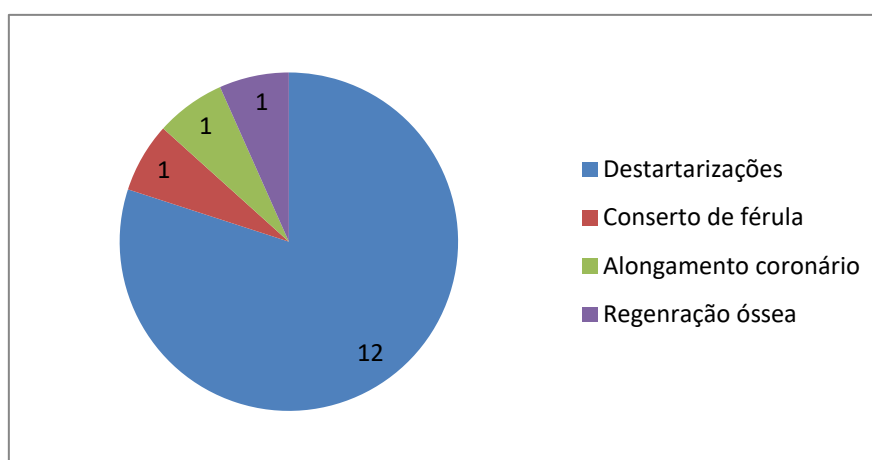


Gráfico 10: Diferenciação dos atos realizados

Quanto ao diagnóstico realizado em Periodontologia cerca de 77% dos casos foram diagnosticados com gengivite tendo também sido diagnosticado 15% de Periodontite Crônica Leve e 8% Periodontite crônica grave.

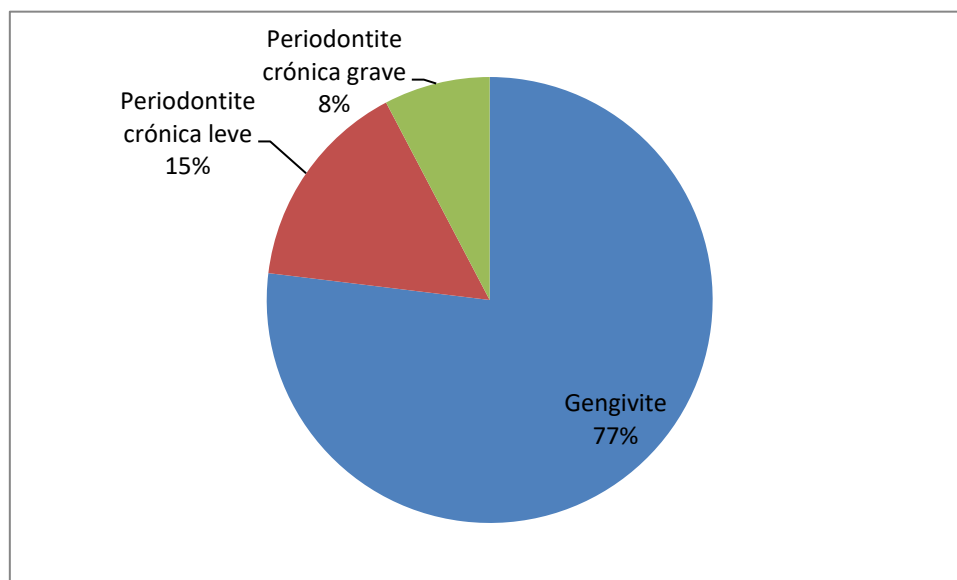


Gráfico 11: Diagnóstico obtido nas consultas

Tabela 2: Distribuição do tipo de diagnóstico em relação com Índice de placa e Índice de Sangramento

Diagnóstico	Índice de Placa	Índice de Sangramento
Gengivite	57,00%	3,33%
Gengivite	50,83%	22,77%
Gengivite	66,37%	10,34%
Gengivite	38,79%	6,00%
Gengivite	10,15%	1,56%
Gengivite	62,50%	7,50%
PCL	25,00%	3,84%
Gengivite	54,46%	23,80%
PCG	72,41%	8,62%
Gengivite	76,25%	34,16%
Gengivite	37,96%	3,70%
Gengivite	47,11%	21,79%
PCL	49,07%	20,37%

Analisando os dados obtidos de índice de placa e de sangramento, a média de obtida de índice de placa é 49,84%, enquanto que a de sangramento é de 12,91%.

Odontopediatria:

Introdução:

A promoção e proteção da saúde das crianças é um objetivo comum dos serviços de saúde em todo o mundo. A detecção e intervenção eficaz precoce de problemas são essenciais para garantir que cada criança tenha uma boa saúde geral oral (12).

A cárie dentária é a doença crônica mais comum da infância, sendo portanto o paradigma atual na odontologia moderna a sua detecção e avaliação em um estágio inicial do processo, quando medidas preventivas não-operatórias ou medidas minimamente invasivas podem ser usadas para tratar a doença (12).

A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um bom crescimento, desenvolvimento e funcionamento. Deste modo, estratégias para prevenir a cárie dentária em crianças e adolescentes devem ser implementadas desde a primeira ida ao médico dentista. Estas medidas passam inicialmente por uma abordagem educacional em saúde oral, uma boa prática na escovagem dentária, em bons hábitos alimentares, aplicação de verniz fluoretado e selantes de fossas e fissuras nos dentes permanentes de modo a evitar a cárie dentária (12) (1).

A Odontopediatria é a área da Medica Dentária que trata a saúde oral dos bebés, crianças e adolescentes (13). No âmbito desta área disciplinar é portanto feita uma avaliação inicial da saúde oral, sendo este o ponto de partida para avaliar as necessidades de tratamento de uma criança e desenvolver um plano de cuidado individual apropriado. Este plano de tratamento deve ser discutido com os pais e a criança, e deve ter em conta as capacidades de cooperação da criança. Estas consultas tem também como objetivo a promoção da saúde oral na criança e a prevenção das patologias mais frequentes, nomeadamente a cárie dentária e as maloclusões (12) (1).

“A Medicina Dentária para a criança pode resumir-se em: “Educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã”” (1).

Atividade Clínica:

No âmbito da área disciplinar de Odontopediatria foram realizados ao todo 10 consultas em 4 pacientes, cinco como operador e cinco como assistente. Ao todo foram realizadas três destartarizações, três exodontias, quatro tratamentos de cáries dentárias e colocação de selantes em quatro dentes.

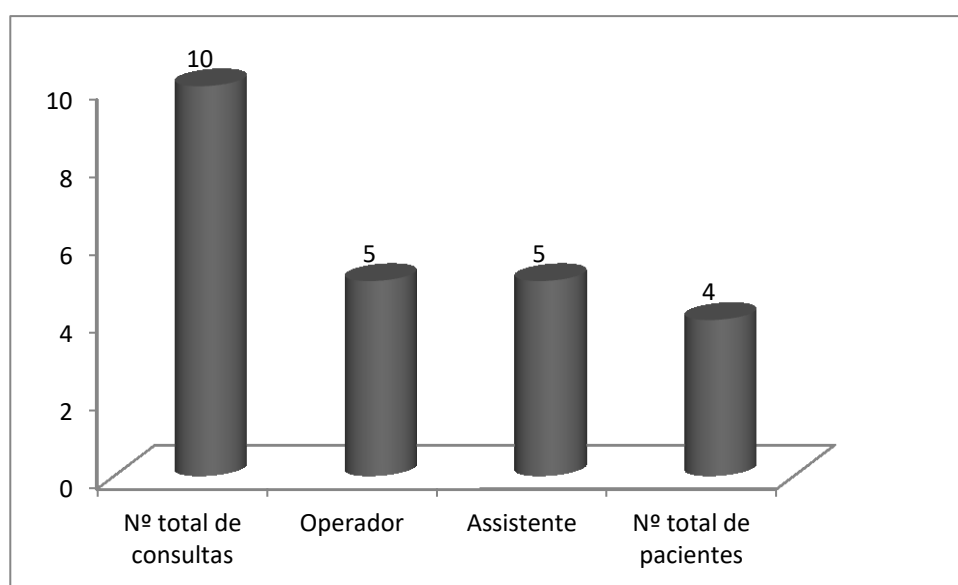


Gráfico 12: Atos clínicos em Odontopediatria, distribuídos em Operador e Assistente

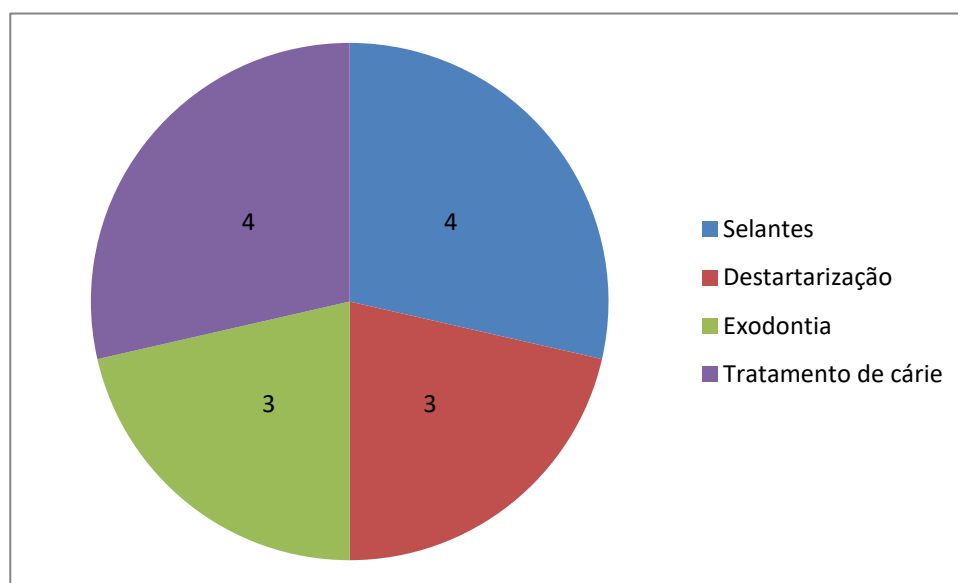


Gráfico 13: Tipo de tratamento executado

Os dentes no quais existiam cáries, o tipo de tratamento, o material utilizado e a diferenciação entre operador e assistente estão classificados na seguinte tabela:

Tabela 3: Diferenciação dos dentes tratados

	Classe I	Classe II	Tratamento	Material utilizado	
Dente 54		x	Provisório	IRM	Assistente
Dente 46	x		Definitivo	Resina Composta	Assistente
Dente 75		x	Definitivo	Amálgama	Operador
Dente 85		x	Definitivo	Resina Composta	Operador

O dente 54 possuía uma cárie MO e foi obturado provisoriamente com IRM. O dente 46 tinha uma cárie em oclusal que foi restaurada definitivamente com resina composta e colocado selante nesse dente e nos dentes 36, 26, 16.

As últimas consultas foram realizadas no mesmo paciente e onde se tratou a cárie MO do dente 75 com Amálgama e do dente 85 com Resina Composta e ainda se efetuou a extração do dente 54, 64, 74 e as raízes do 84.

Dentisteria Operatória:

Introdução:

A cárie dentária é a causa primária da dor e perda dentária. Caracteriza-se por ser um processo patológico, infeccioso e de origem externa, que progride de forma lenta na maioria dos indivíduos, pode ser interrompida e potencialmente revertida no estágio inicial, mas muitas vezes não é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (1) (14) .

O processo infeccioso provoca o amolecimento dos tecidos duros dentários evoluindo para cavidade. No entanto, este processo infeccioso é de origem multifatorial, portanto não depende apenas dos agentes microbianos, mas também depende do fluxo e composição salivar, exposição ao flúor, consumo de açúcares dietéticos e dos componentes preventivos como a escovagem. Assim, em Dentisteria Operatória para além do tratamento carioso também são feitas recomendações higiénicas e alimentares para reverter a recidiva de cárie e novas lesões cariosas (13) (1) (14).

“Das doenças orais, a cárie é a mais frequente em todos os grupos etários bem como a principal causa de perda de peças dentárias” (1). Assim, a deteção e o tratamento desta torna-se de máxima importância na Medicina Dentária. Logo, no âmbito da área disciplinar de Dentisteria Operatória são examinadas todas as lesões cariosas, a sua extensão, os sinais e sintomas (ao frio e ao quente), são feitos exames auxiliares de diagnóstico (radiografias periapicais) e testes térmicos.

Consoante o tipo de resposta dada podemos executar vários tratamentos, como a remoção da cárie e restauração direta quando se trata de uma cárie de pequena extensão ou de uma Pulpite Reversível. Podemos efetuar um tratamento de espera, com colocação de Hidróxido de Cálcio e uma restauração provisória e nova avaliação após 30-45 dias, quando se trata de uma Pulpite de transição. Por último, quando a cárie já é muito extensa e atinge a polpa dentária trata-se de uma pulpite irreversível e o paciente é reencaminhado para a área disciplinar de Endodontia para posterior endodontia (TER).

Para além disso, nesta área também são realizadas reabilitações estéticas, quando o paciente requer esse tipo de intervenção no sentido de proporcionar-lhe conforto social e psicológico. Estes tipos de procedimentos permitem alterar a forma, cor, contorno e volume dos dentes.

Atividade Clínica:

Em Dentisteria Operatória, foram efetuados 15 consultas clínicos em 13 pacientes, oito como operador e sete como assistente. Do total, apenas foram realizadas 12 atos clínicos, pois três pacientes foram reencaminhados para outras áreas disciplinares. Dois dos pacientes foram reencaminhado para Cirurgia Oral, um com indicação da extração do dente 24 devido a cárie extensa e o outro para extração do dente 48 para posterior tratamento da cárie distal do dente 47. Por último outro foi reencaminhado para Periodontologia para cirurgia periodontal com indicação de alongamento coronário do dente 47 para acesso à cárie subgengival.

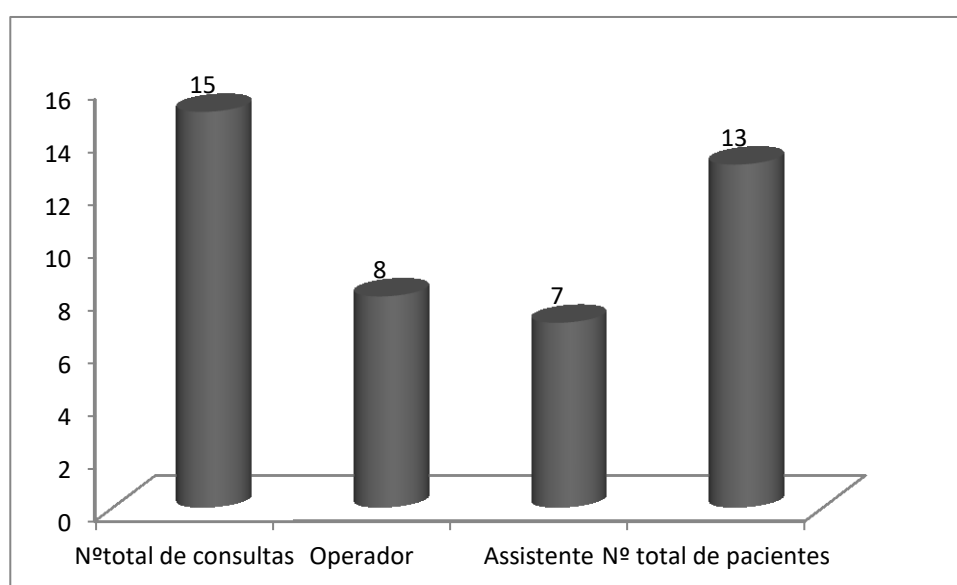


Gráfico 14: Atos clínicos a Dentisteria Operatória, diferenciados em Operador e Assistente

Ao todo foram tratados 13 dentes pelo binómio 40, diferenciados na seguinte tabela:

Tabela 4: Diferenciação dos dentes tratados

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe V	Tratamento	Material utilizado
Dente 11			x		Definitivo	Resina Composta
Dente 12			x		Definitivo	Resina Composta
Dente 15		x			Definitivo	Resina Composta
Dente 17		x			Definitivo	Resina Composta
Dente 21	x				Definitivo	Resina Composta
Dente 31			x		Definitivo	Resina Composta
Dente 32			x		Definitivo	Resina Composta
Dente 37		x			Provisório	Biodentine e Duotemp
Dente 37	x				Definitivo	Resina Composta
Dente 45				x	Definitivo	Resina Composta
Dente 45		x			Definitivo	Resina Composta
Dente 46					Polimento Interproximal das restaurações	Lixa de polimento
Dente 46	x				Provisório	HC+IRM

Prótese Removível:

Introdução:

A reabilitação estética e funcional é muito procurada pelos pacientes aquando da perda de um dente ou mais. A prótese removível, sendo uma opção mais económica, um tratamento simples e efetivo, é uma solução protética muito procurada pela população, principalmente pela população idosa para a reabilitação das arcadas desdentadas (15).

A perda das peças dentárias nos pacientes vai provocar várias alterações na sua qualidade de vida, tanto a nível de saúde oral como na sua vida social. Assim, esta possibilita o restabelecimento da estética, das funções mastigatórias, deglutição e até de fala provocadas pelo edentulismo (16) .

Porém o planeamento e confeção da prótese requer cuidados, no sentido em que o médico dentista deve-se preocupar com diversos fatores como a oclusão, dimensão vertical de oclusão (espaço intermaxilar), a função da articulação temporo-mandibular, a tonicidade da musculatura, saúde da mucosa oral, higiene oral do paciente e da prótese, tamanho e forma do rebordo alveolar, distribuição das forças mastigatórias, condições oclusais, adaptação e extensão da prótese, condições sistêmicas do paciente, defeitos das margens cervicais, presença de áreas pontiagudas (17).

A adaptação das próteses também requer cuidados, uma vez que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e estabilidade, principalmente nos casos de próteses totais. Assim, o tratamento protético realizado não vai eliminar a possibilidade de que novos problemas possam ocorrer sobre os elementos biológicos e protéticos envolvidos (16) (17).

No âmbito da área disciplinar de Prótese Removível são então projetadas próteses removíveis, parciais ou totais, esqueléticas ou acrílicas, conforme o planeamento da consulta, as condições dentárias, a higiene oral do paciente e a sua possibilidade económica.

Atividade Clínica:

Em Prostodontia Removível foram realizados ao todo 41 atos em 13 pacientes, 21 como operador e 20 como assistente. Esta foi a área disciplinar com mais procura e com mais pacientes atendidos.

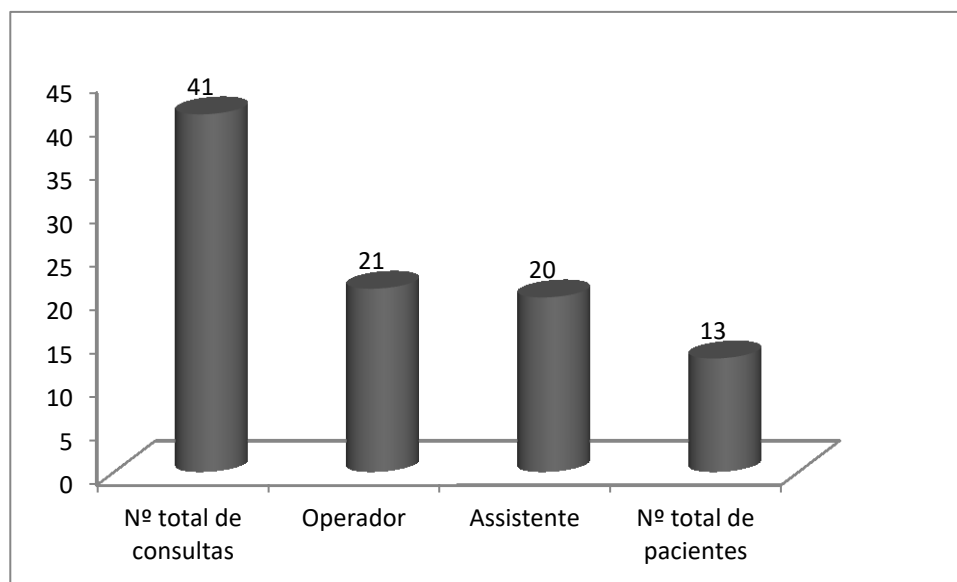


Gráfico 15: Atos clínicos em Prótese Removível, diferenciados em Operador e Assistente

Para a realização de uma prótese completa são necessárias várias consultas, começando pela consulta de avaliação, entrega de orçamento, preparação pré-protética (se necessária) e impressões definitivas, registo inter-maxilar e prova de esqueleto, prova de dentes, colocação e entrega da prótese e por último consulta de controlo.

Diversos tipos de consultas foram então realizadas ao longo do ano, que se apresentam no seguinte gráfico. Algumas destas consultas foram efetuadas no mesmo dia com a finalidade de entregar a prótese o mais rápido possível. Assim o paciente dirigia-se à clínica de manhã e sempre que possível e que o laboratório conseguia realizar o pretendido a prótese era entregue ao final da tarde.

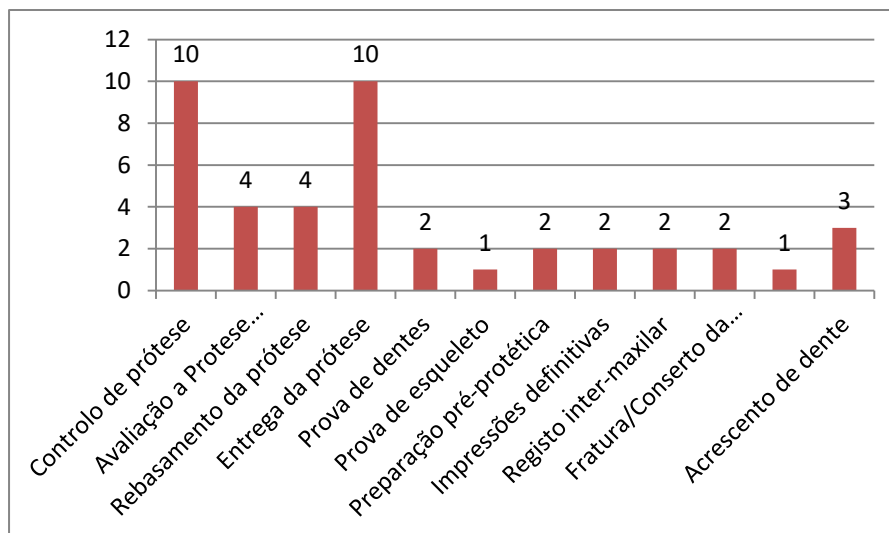


Gráfico 16: Diferenciação dos atos realizados em tipo de consulta

Após uma análise geral verificou-se que um maior número de consultas consistiu em controlos e entrega de próteses. Estes controlos foram realizados em pacientes em que a prótese foi efetuada pelo binómio 40, mas também em pacientes que já possuíam prótese quando se dirigiram à consulta. Ao todo foram realizadas duas próteses completas, uma parcial acrílica superior e uma parcial esquelética inferior.

As duas consultas pré-protéticas foram realizadas em diferentes pacientes, num foram restaurados proteticamente os dentes 27 e 23 e noutra foram efetuados nichos para a colocação de uma prótese parcial esquelética.

Como operador foram executados 5 controlos, 4 rebasamentos de prótese e entrega de próteses, 2 prova de dentes e avaliações a prótese removível, 1 registo inter-maxilar, 1 soldadura em cromo-cobalto, 1 acrescentamento e dentes 1 conserto de fratura de prótese.

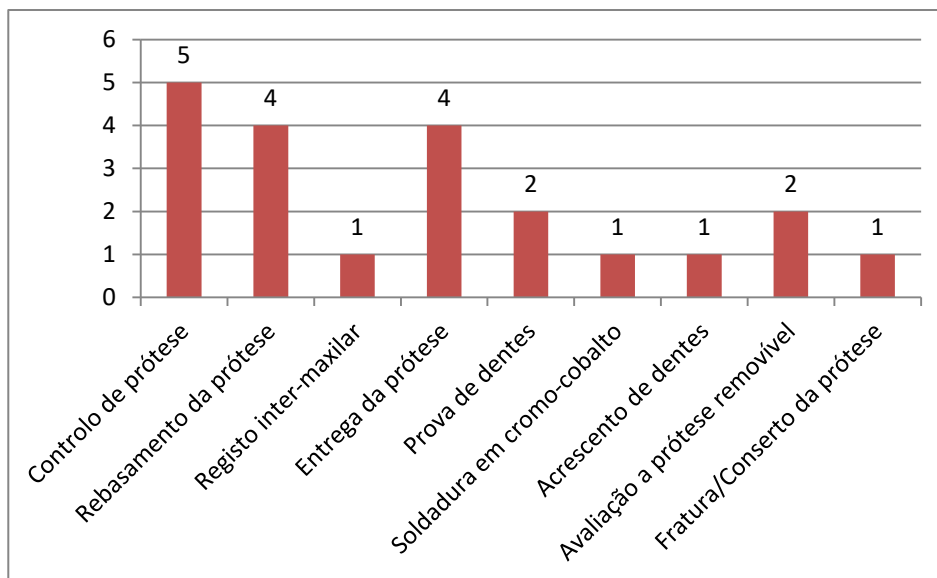


Gráfico 17: Distribuição dos atos realizados como operador

Prótese Fixa:

Introdução:

O tratamento com prótese fixa consiste na substituição ou restauração de dentes naturais mediante a colocação de dentes artificiais biocompatíveis, efetuados de forma indireta e que se vão manter fixos na boca. Este tratamento abrange diversas situações como a substituição de um ou mais dente, através de pontes, pode tratar-se de uma restauração apenas a um dente, como coroas cimentadas, ou ainda em próteses implantosuportadas (18) (19) .

A prótese dentária para além de restabelecer os elementos dentários em falta e obter assim estética e a função mastigatória, também aumenta a qualidade de vida social, familiar e a saúde oral e geral (20).

Esta área tem a capacidade de transformar uma dentição em mau estado e pouco funcional em uma oclusão saudável e cómoda capaz de proporcionar vários anos de correto funcionamento e estética (18) (20) .

A realização de um diagnóstico correto é um requisito prévio para o estabelecimento de um devido planeamento, planeamento esse um fator determinante no sucesso da prótese fixa a elaborar. O diagnóstico deve ter em consideração os tecidos duros e moles, correlacionadas com as necessidades psicológicas e de saúde física geral do indivíduo. Para além disso, a confeção de uma prótese fixa é necessária a análise de vários fatores, como a higienização do paciente, a análise criteriosa dos elementos de suporte, a força mastigatória, saúde periodontal... (19) (21) (20) .

Para isso, é necessário a elaboração de uma boa preparação dentária, após uma análise elaborada ao dente, à proporção coroa/raiz, ao estado pulpar dos dentes a intervir e à estrutura de dente existente. Também uma boa confeção de provisórios é importante no tratamento, a coroa ou ponte a elaborar devem ter um bom contorno e adaptação marginal, bons contactos oclusais.

Atividade Clínica:

Em Prótese Fixa foram realizadas ao todo 17 consultas, em oito pacientes, sendo nove como operador e oito como assistente.

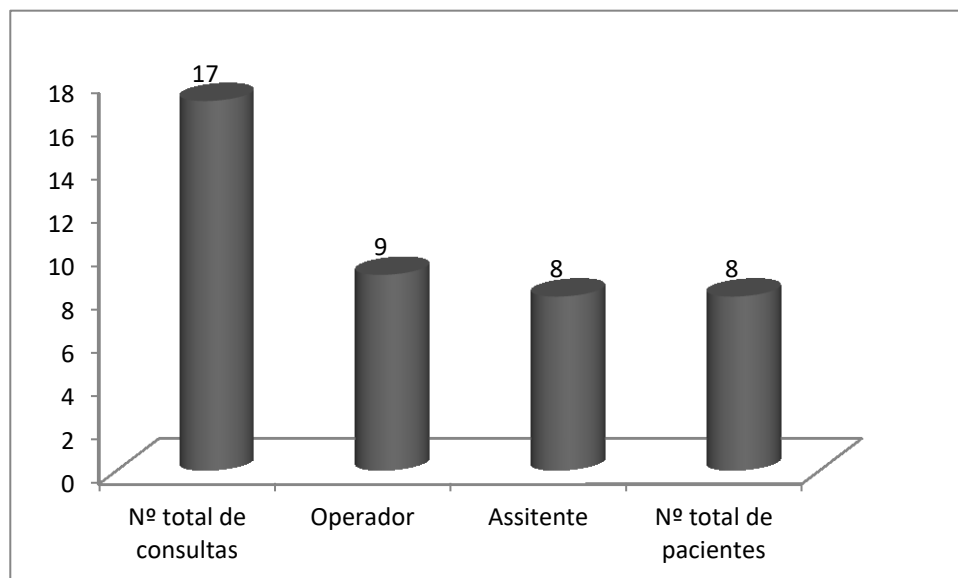


Gráfico 18: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente

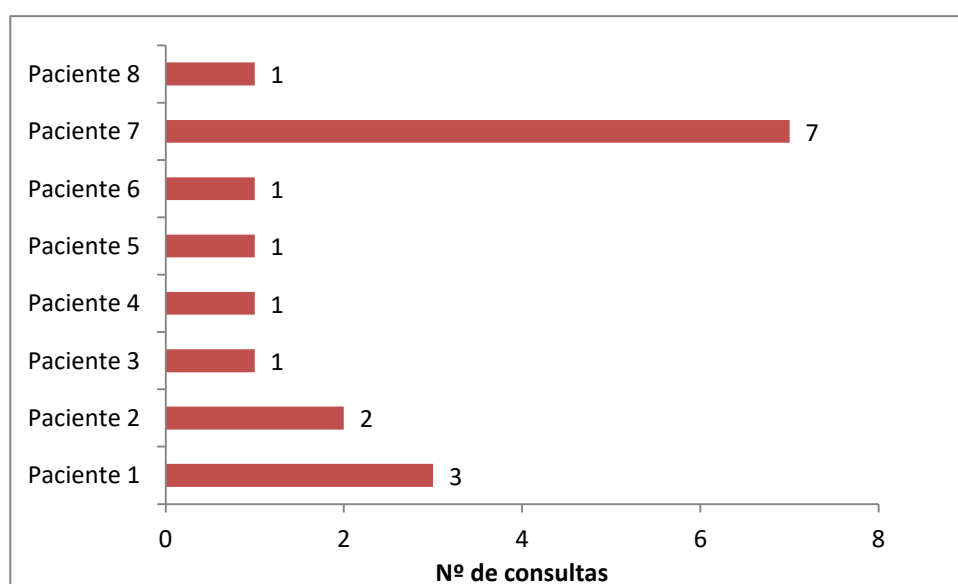


Gráfico 19: Distribuição do número de consultas pelo total de pacientes atendidos

O paciente um foi reencaminhado de medicina preventiva para a avaliação do dente 36 com cerca de 75% de destruição dentária. Foram realizadas três consultas, a primeira efetuou-se a avaliação do dente destruído, modelos de estudo e fotografias intra e extra orais, a segunda foram realizados novos modelos de estudo e na última foi entregue o orçamento, que não foi aceite pelo paciente.

No paciente dois foram efetuadas duas consultas de controlo, uma na ponte do 12 ao 21 e da coroa metálica do dente 36.

Nos pacientes três e quatro foram efetuados o controlo da ponte do 25 ao 27, da coroa no 14 e de duas pontes do 45 ao 47 e 35 ao 47.

Nos pacientes cinco e seis foram realizadas a primeira consulta, consulta esta que constou de uma avaliação para possível colocação de uma ponte (paciente 5) e de duas pontes (paciente 6). Esta avaliação necessitou de examinação e fotografias intra e extra orais, impressões e devidos modelos de estudo, ortopantomografia e radiografias periapicais aos dentes pilares.

No paciente sete realizou-se uma coroa metalo-cerâmica no dente 16, que se encontrava com uma restauração partida num dente extensamente destruído. Para a realização da coroa foram necessárias 7 consultas. Na primeira consulta efetuou-se o exame e fotografias extra e intra orais, impressões, modelos de estudo e radiografia ao dente em causa, foi entregue o orçamento e aceite pelo paciente. Na segunda foi realizado o coto em amálgama, na terceira o preparo do dente e colocação de provisórios, na quarta consulta efetuaram-se as impressões definitivas, na quinta a prova de infra estrutura. Na sexta consulta a prova de cerâmica e por fim a cimentação definitiva da coroa.

No paciente oito realizou-se a restauração de duas classes V.

Endodontia:

Introdução:

A Endodontia consiste no tratamento das alterações patológicas canulares de um dente, preservando os tecidos periradiculares, com o objetivo de modelar e limpar todos os espaços da polpa com posterior preenchimento completo com um material de preenchimento inerte (22).

A presença de um canal não tratado pode ser uma razão para o fracasso. Um completo conhecimento da morfologia dentária, interpretação cuidadosa das radiografias, preparação adequada do acesso e exploração detalhada do interior do dente são pré-requisitos essenciais para o sucesso do tratamento (22).

Uma compreensão completa da complexidade do sistema de canais radiculares é essencial para a compreensão dos princípios e problemas da instrumentação e limpeza canal, para determinar os limites e dimensões apicais das preparações de canais, e para executar procedimentos microcirúrgicos. Juntamente com o diagnóstico e planeamento do tratamento, o conhecimento da morfologia do canal e as suas frequentes variações é relevante e um requisito básico para o sucesso endodôntico (22).

Assim, no âmbito da área disciplinar de Endodontia realiza-se o tratamento canal de dentes, com respetivo diagnóstico prévio, radiografias periapicais, instrumentação e irrigação dos canais e respetivo preenchimento com cones de gutta percha, através da Técnica de Condensação Lateral para a sua obturação.

Atividade Clínica:

Em Endodontia foram realizadas 14 consultas pelo binómio 40, nove como operador e cinco como assistente, sendo apenas atendidos quatro pacientes diferentes.

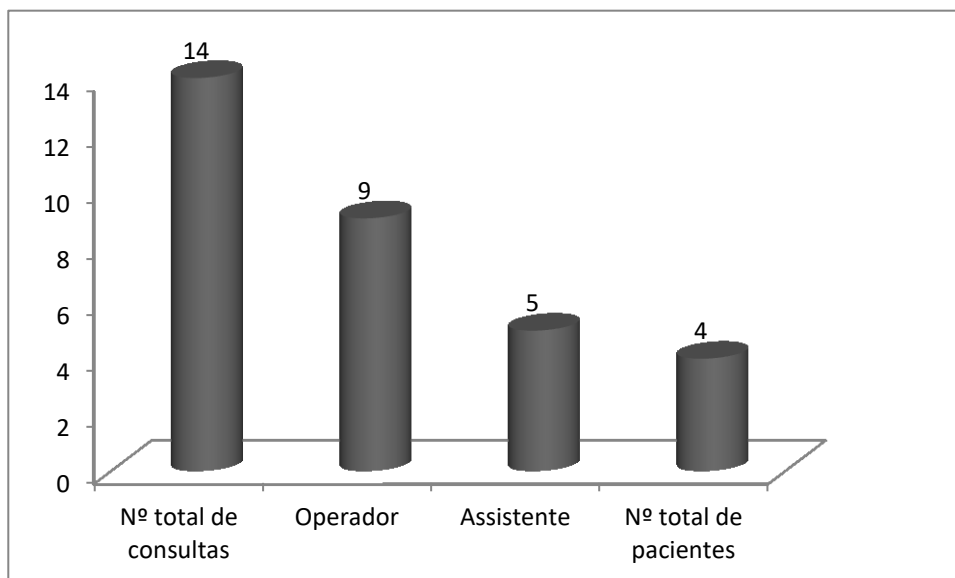


Gráfico 20: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente

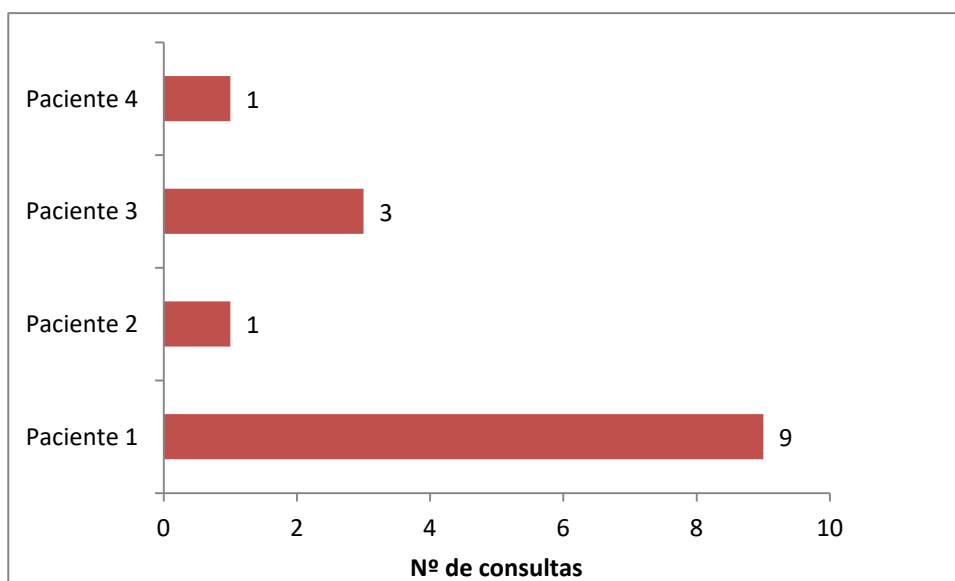


Gráfico 21: Distribuição do número de consultas pelos diferentes pacientes atendidos

No paciente número um foi iniciado o processo de desvitalização do dente 36 que apresentava Pulpite Irreversível, no entanto o dente em causa fraturou e foi reencaminhado para a área de cirurgia para a sua extração. Também foi realizada o tratamento endodôntico do dente 45, que se encontrava necrosado.

Como operador foi endodonciado o dente 21 do paciente número dois, que se encontrava necrosado.

Até à data em questão, 30 de Maio de 2018, no paciente três foi realizada a cavidade de acesso, odontometria de trabalho e instrumentação de dois dos três canais do dente 16, que se encontrava com processo apical e fistula. Por fim e como operador no paciente quatro foi apenas realizada a cavidade de acesso e o cateterismo do dente 47 que se encontrava necrosado.

Todos os dentes foram instrumentados com técnicas manuais, sendo utilizada a Técnica Semi-Telescópica e a Técnica de Condensação Lateral para a obturação.

Tabela 5: Diagnóstico obtido em cada dente tratado na área disciplinar de Endodontia

	Diagnóstico	Processo Apical	Fístula
Dente 45	Necrose Pulpar	x	x
Dente 36	Pulpite Irreversível		
Dente 21	Necrose Pulpar		
Dente 16	Necrose Pulpar	x	x
Dente 47	Necrose Pulpar		

Ortodontia:

Introdução:

A Ortodontia consiste no movimento dentário dos dentes no osso alveolar de forma a estabelecer uma oclusão estável e em equilíbrio com o bochechas, língua e lábios.

Esta estuda e participa no desenvolvimento da oclusão e a sua correção é realizada através de aparelhos mecânicos que exercem forças físicas sobre a dentição e o seu meio ambiente. Tem como objetivo a normalização da oclusão por meio de movimentos controlados dos dentes e do deslocamento dos arcos dentários, alinhando as irregularidades das posições dentárias (23).

Esta área para além de proporcionar estética e consequentemente uma qualidade de vida a nível social e psicológico, proporcionado pelo alinhamento dentário, estabelece também uma oclusão em equilíbrio com as restantes estruturas orais e um alinhamento dentário. Hoje em dia, muitos adultos já procuram a ortodontia para a resolução de problemas, no entanto esta é mais efetiva nas crianças, no início de fase de crescimento, onde os movimentos dentários são fáceis de controlar, respondem melhor às forças ortodônticas e são mais eficazes na resolução do tratamento.

Atividade Clínica:

Ao longo deste ano, foram realizados três atos, sendo um como operador, e dois para apresentação do caso de estudo na aula teórica. Como operador, foi efetuado um controlo de Placa de Hawley. As consultas de estudo foram constituídas de uma ortopantomografia, teleradiografia, fotografias intra e extra orais, impressões e modelos de estudo e foram realizadas por dois binómios.

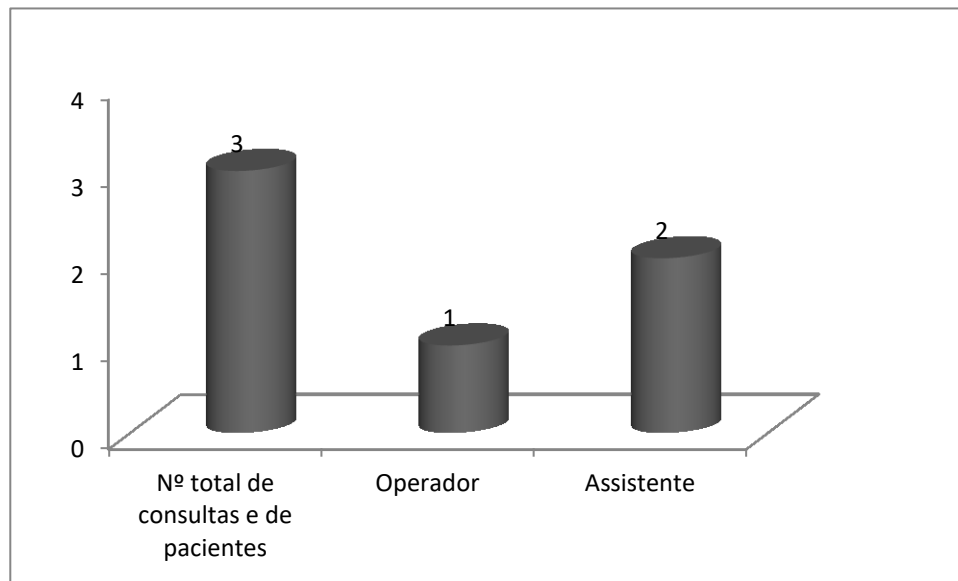


Gráfico 22: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente

Oclusão:

Introdução:

A Oclusão refere-se ao arranjo dos dentes maxilares e mandibulares e à maneira como os dentes entram em contato. Pode definir-se como a relação estática ou qualquer contato entre as superfícies de incisão ou mastigação dos dentes maxilares e mandibulares ou análogos dentais. No entanto, esta não se focaliza só nas relações morfológicas de contato dentário, também abrange as relações morfológicas e funcionais dinâmicas entre todos os componentes do sistema mastigatório - não apenas dentes e tecidos de suporte, mas também o sistema neuromuscular, as articulações temporo-mandibulares e o esqueleto craniofacial (24).

As tarefas associadas à oclusão dentária vão muito além das ferramentas mastigatórias. O importante papel biológico e psicossocial da oclusão dentária torna-se mais evidente quando faltam dentes. Mandíbulas desdentadas e livres de oclusão estão sujeitas a uma variedade de deficiências funcionais, estéticas, psicológicas e sociais (24).

A oclusão de um indivíduo pode ter repercussões em todo o corpo, desde a postura, na alteração óssea, pode influenciar o trajeto da função respiratória, na mastigação, fonação, . É variável de pessoa para pessoa, daí a sua importância e o seu devido estudo para obter uma oclusão o mais estável possível.

Esta área tem sido um foco de estudo e cada vez mais importante, pois esta é essencial para uma boa prática clínica em todas as disciplinas odontológicas. Também as características oclusais tem sido associadas como fatores etiológicos para a gênese de distúrbios temporo-mandibulares (24).

No âmbito da área disciplinar de Oclusão, as primeiras consultas de exame clínico realizadas eram constituídas de uma ficha de observação RDC-DTM(*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*) que nos permite analisar e diagnosticar a presença de disfunções temporomandibulares. Seguidamente é efetuada a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável SAM II, para a continuação de diagnóstico e discussão do plano de tratamento adequado.

Atividade Clínica:

Em Oclusão foram realizados 6 consultas em 5 pacientes, quatro como operador e duas como assistente.

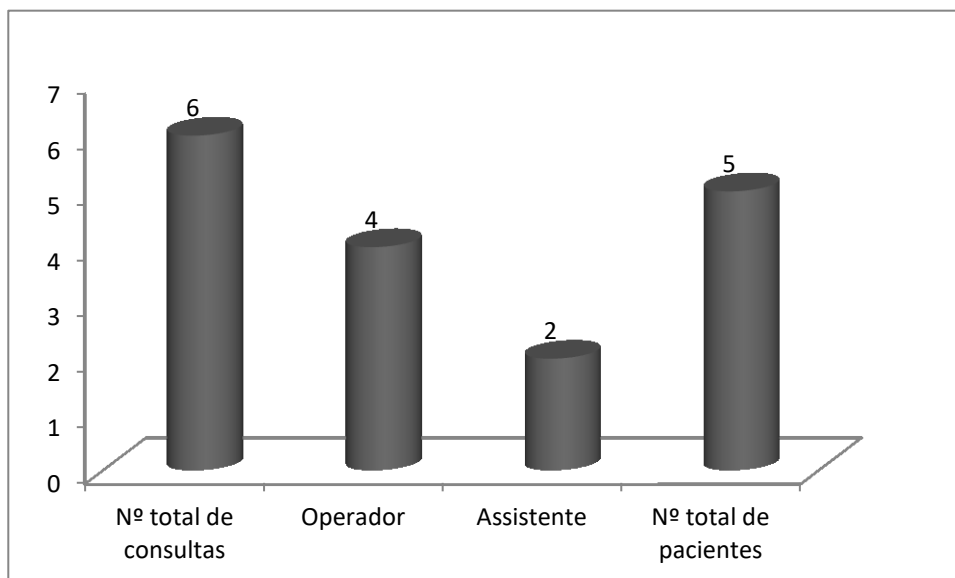


Gráfico 23: Atos clínicos realizados, diferenciados em Operador e Assistente

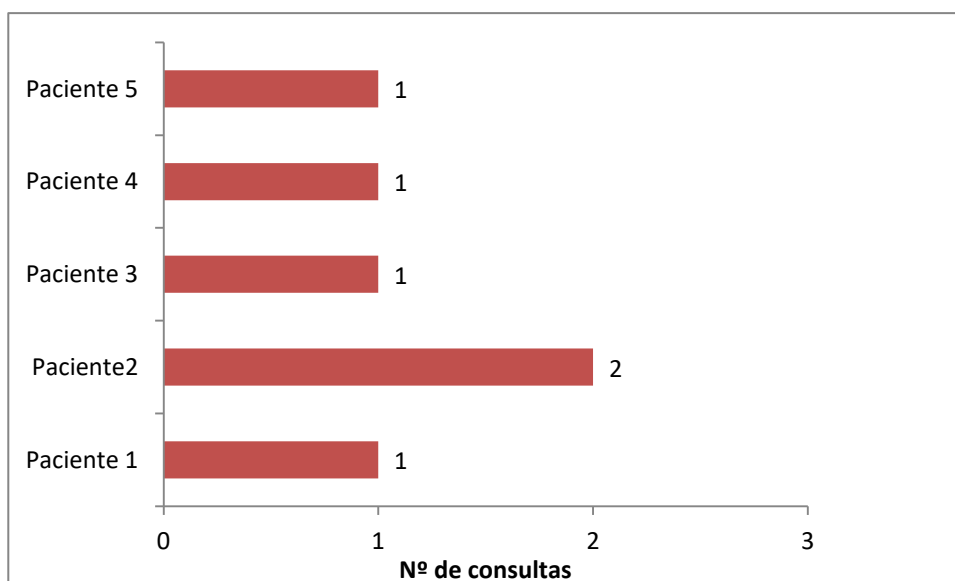


Gráfico 24: Diferenciação do número de consultas pelos diferentes pacientes atendidos

No paciente um foi realizado o controlo de goteira. No paciente dois foi efetuada uma primeira consulta composta de um exame clínico e diagnóstico (preenchimento da ficha de observação RDC-DTM), obtenção de modelos de estudo e registo fotográfico extra e intraoral. Nesta mesma paciente ainda foi realizada uma segunda consulta onde

foi apresentado o plano de tratamento e respectivo orçamento, no entanto a paciente não aceitou.

No paciente três foi realizada apenas a primeira consulta e esta não aceitou a continuação do tratamento. No paciente quatro, até à data em questão (30/05/2018) foi efetuada apenas a primeira consulta, sendo que o paciente aceitou o orçamento e a continuação do plano de tratamento.

Por último, o paciente cinco realizou a primeira consulta e devido a limitação de abertura, só foi possível realizar a impressão da arcada superior. Foi recomendado a realização de uma tomografia computadorizada para avaliação da condição articular direita e esquerda e suspeita de anteposição discal irreduzível bilateral.

Cirurgia Oral:

Introdução:

No âmbito da área disciplinar de Cirurgia Oral são realizados diagnósticos e respectivos tratamentos cirúrgicos. Os dentes com indicação para extração são reencaminhados para esta área. No entanto, antes de cada procedimento é analisado o dente em causa, é feita uma radiografia periodontal, possíveis testes térmicos para conclusão e confirmação de diagnóstico e é realizada uma análise à história clínica do paciente para evitar possíveis complicações durante e pós a cirurgia.

A definição de Cirurgia Oral formulada pelas principais entidades académicas e corporativas norte-americanas (EUA) é a seguinte: "Cirurgia Oral é a parte da Medicina Dentária que lida com o diagnóstico e tratamento cirúrgico e coadjuvante de doenças, traumatismos e defeitos das mandíbulas e regiões adjacentes ". As diretivas da União Europeia (UE) definem a Cirurgia Oral como a área que diz respeito ao diagnóstico e todo o tratamento cirúrgico de doenças, anomalias e lesões dos dentes, boca, mandíbula e seus tecidos contíguos (25).

No âmbito da área disciplinar de Cirurgia Oral apenas cirurgias dento-alveolares foram realizadas. Todas elas foram realizadas por técnica fechada, da seguinte forma: anestesia, sindesmotomia, luxação e extração. No final de todas as consultas é indicada uma lista de cuidados pós cirúrgicos.

Atividade Clínica:

Em Cirurgia Oral foram realizadas nove consultas, cinco como operador e quatro como assistente, em diferentes pacientes. Todas as extrações foram efetuadas por técnica fechada.

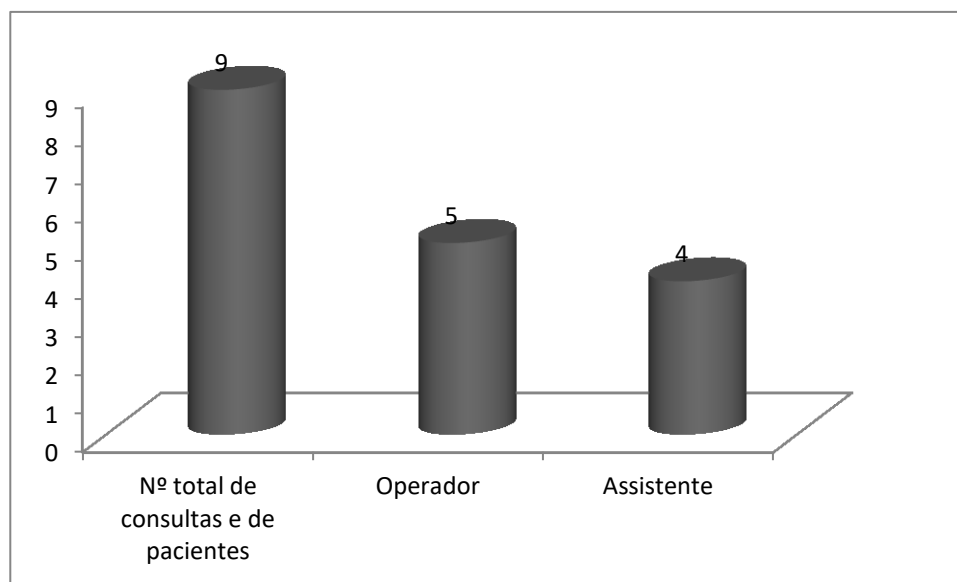


Gráfico 25: Ato clínico realizados, diferenciados em Operador e Assistente

O binómio 40 realizou a extração de um total de 12 dentes, representados no Gráfico 26, sendo que 34% dos casos foi devido a cárie extensa/perda de suporte periodontal, 22% eram restos radiculares, 11% dos casos eram devido a necrose pulpar devido a cárie extensa, 11% foi por fratura radicular e 11% por cárie extensa sem necrose pulpar e 11% apenas por perda de suporte periodontal. Os dentes mais predominantes são os dentes posteriores com 83,3% e os dentes anteriores de 16,7%.

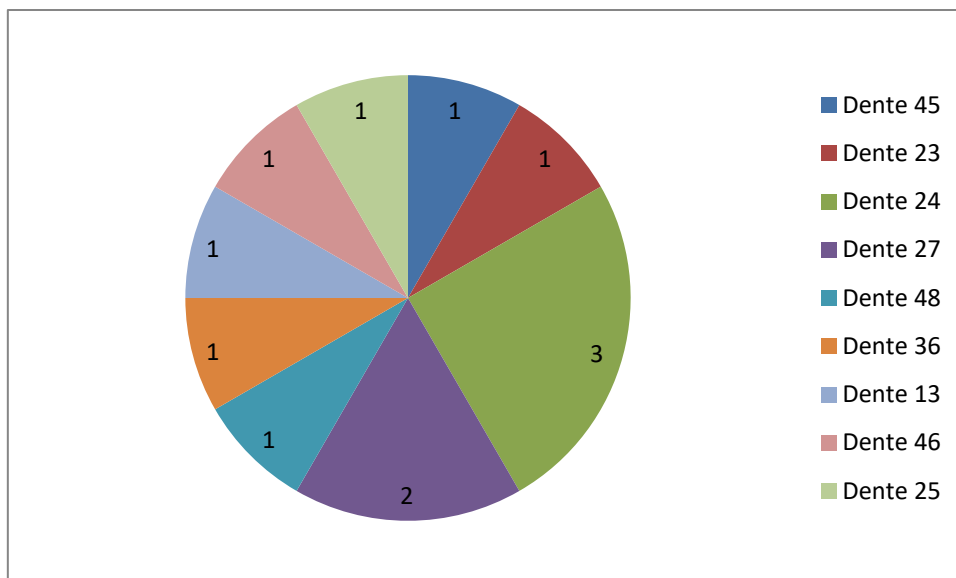


Gráfico 26: Dentes que foram sujeitos a extração pelo binómio 40

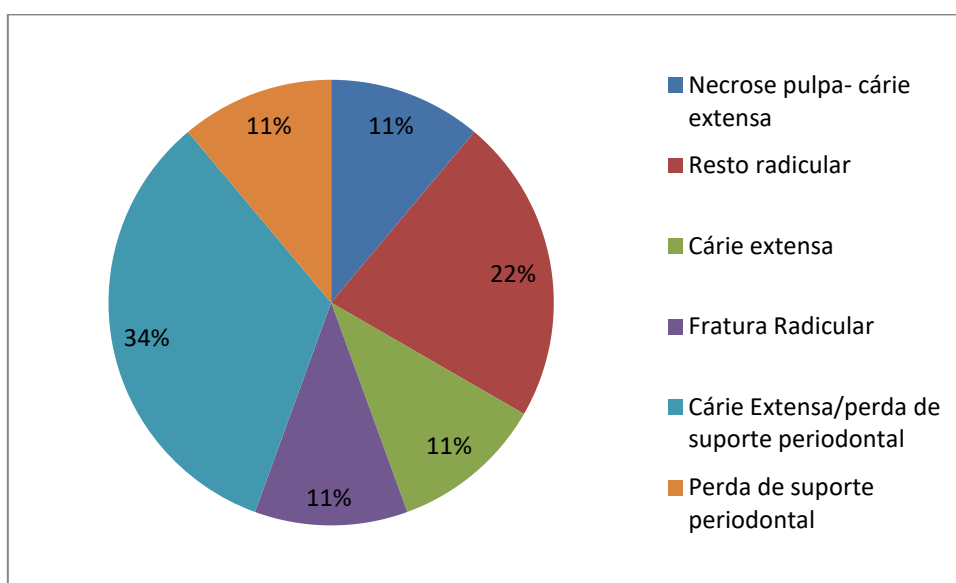


Gráfico 27: Diagnóstico obtido para a extração dos dentes

CASOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

Caso Clínico 1: Recobrimento de Recessões pela técnica de tunelização

Data de cirurgia: 27/02/2017

Sexo: Feminino

Idade: 22 anos

Antecedentes médicos e gerais: Nada a assinalar

Terapia medicamentosa: anticoncepcional (yasmin)

Antecedentes dentários: Restaurações nos dentes 18; 26; 27. Endodontia no dente 14. Extração dos dentes 38 e 48. Recobrimento da recessão no dente 14.

Antecedentes familiares: Nada a assinalar

Índice de placa: 63,39%

Índice de Sangramento: 2,97%

Higiene Oral: 2 vezes por dia. Não apresenta hábitos alcoólicos ou tabágicos

Patologia/ defeito anatômico: Presença de recessões na região dos pré-molares nos quatro quadrantes

Periograma:

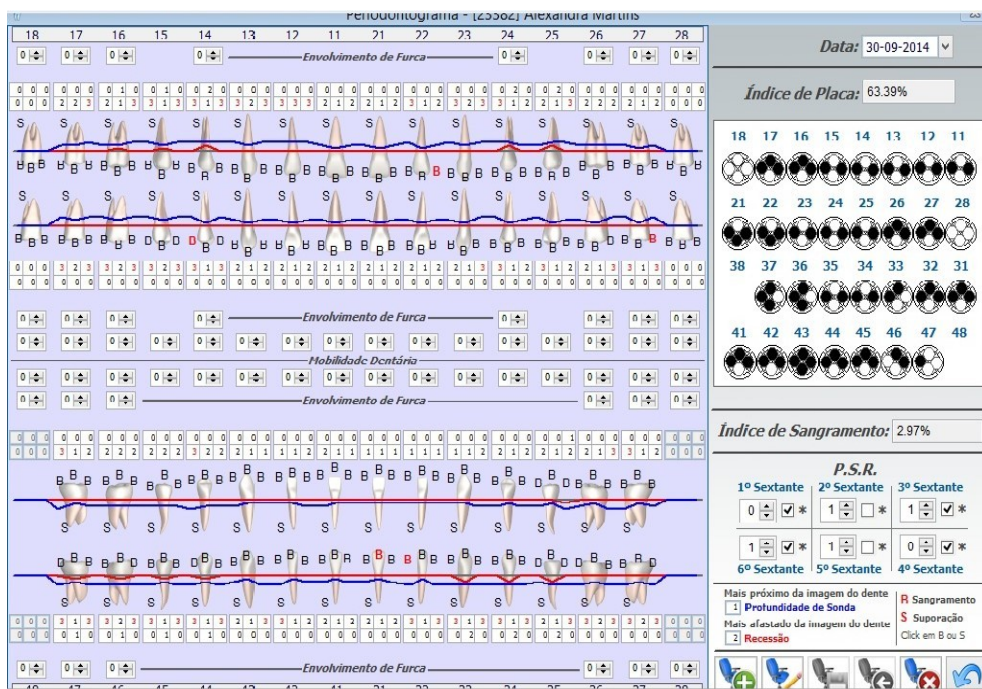


Ilustração 1: Periograma da paciente

Exames auxiliares de diagnóstico:



Ilustração 2: Ortopantomografia da paciente

Diagnóstico:

A paciente apresenta Gengivite induzida por placa, e exibe recessões nos dentes 24 e 25 que pretende reabilitar.

Após a análise das recessões no segundo quadrante, verifica-se que existe uma recessão de cerca de 2mm de altura e 3mm de largura no dente 24 e de 1mm de altura e 2mm de largura no dente 25 (Ilustração 8). Existe gengiva queratinizada de aproximadamente 4mm no dente 24 e de 6mm no dente 25.

Contextualização do caso:

A paciente foi aluna da Universidade Católica Portuguesa e foi-lhe proposto o recobrimento das recessões no primeiro e segundo quadrante. O recobrimento da recessão do dente 14 foi efetuada no dia 30/09/2014, pela técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo. O resultado final da cirurgia (Ilustração 4), com pós operatório de 2 anos e 5 meses pode-se confirmar um recobrimento total da recessão. A paciente voltou a 27/02/2017 para o recobrimento das recessões do segundo quadrante, dos dentes 24 e 25, de forma a minimizar problemas estéticos e sensitivos.



Ilustração 3: Recessão gengival no dente 14



Ilustração 4: Pós operatório de 2anos e 5meses após a cirurgia



Ilustração 5: Fotografia lateral do 1º Quadrante após 2 anos e 5 meses a cirurgia de recobrimento periodontal

Contextualização teórica:

A recessão gengival é caracterizada por um deslocamento apical da margem gengival, com exposição da superfície da raiz à cavidade oral. Está frequentemente associada a hipersensibilidade, queixas estéticas e cárie radicular cervical. É caracterizada pela perda das fibras do tecido conjuntivo e epitelial, do cemento e o osso alveolar. Estas podem ser localizadas, afetando apenas um dente, ou generalizadas, afetando mais de um dente, sendo mais característica da face vestibular (26) (27) (28).

A recessão gengival é multifactorial associadas a causas como: doença periodontal, higiene oral inadequada (presença de placa bacteriana), deiscência óssea, restaurações inadequadas, má disposição dentária, infecções víricas, formação de cálculo gengival e subgengival, movimentos ortodônticos, escovação dentária inadequada, *piercings* labiais e linguais, trauma direto associado à má oclusão, próteses parciais inadequadas, Uma gengiva fina também pode ser um fator de risco para a progressão, na presença de inflamação induzida por placa ou escovação traumática (27)

(28).

Atualmente, observa-se uma procura crescente por parte dos pacientes em relação à solução destes problemas, sendo as técnicas de cirurgia plástica periodontal indicadas, uma vez que estas permitem melhorar ou restabelecer a harmonia do sorriso (26) .

Miller classificou as recessões gengivais em quatro classes, de acordo com o prognóstico da cobertura da raiz. Nas recessões gengivais Classe I e Classe II, não há perda de inserção periodontal interproximal, e a cobertura completa (até a junção esmalte-cimento) da raiz pode ser alcançada. A diferença entre as duas classes encontra-se na altura da exposição radicular, quando esta não atinge a junção mucogengival trata-se de uma classe I e quando atinge trata-se de uma classe II. Nas recessões gengivais de Classe III, a perda do suporte periodontal interdentário é leve a moderada, e pode ser realizada a cobertura parcial da raiz. Nas recessões gengivais de Classe IV, a perda do suporte periodontal interproximal (ou mau posicionamento do dente / raiz) é tão grave que nenhuma cobertura da raiz é viável (28).

Vários procedimentos mucogengivais têm sido utilizados, incluindo procedimentos de retalhos rotacionais (retalho rodado lateralmente, retalho rodado de dupla papila, retalho rodado oblíquo), procedimentos de avanço de retalho (retalho reposicionado coronalmente, retalho semilunar reposicionado coronalmente), procedimentos regenerativos (com membrana de barreira ou aplicação de proteínas da matriz do esmalte), enxerto desepitelializado, enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, enxertos gengivais livres (conjuntivo/epiteliais), retalhos posicionados lateralmente ou retalhos coronários semilunares (27) .

A seleção de uma técnica cirúrgica sobre outra depende de vários fatores, alguns dos quais estão relacionados ao paciente (solicitação estética e a necessidade de minimizar o desconforto pós-operatório), ao médico que vai executar a cirurgia e ao defeito como (28):

a) o tamanho e o número de defeitos de recessão;

b) a presença / ausência, quantidade / qualidade do tecido queratinizado apical e lateral ao defeito;

c) largura e altura do tecido mole interdental (papilas);

d) presença de freio ou tração muscular e profundidade do vestibulo;

O sucesso do recobrimento radicular parece estar relacionado, principalmente à natureza do defeito mas também ao tipo de enxerto transplantado e ao procedimento no local do receptor. Também o desenho do retalho pode afetar a cicatrização inicial e o resultado final (27). Em uma situação com mucosa mastigatória palatal generosa, a técnica de tunelização proporciona rápida cicatrização nas áreas da papila, com quase nenhuma evidência residual do procedimento duas semanas após a operação (29).

Assim, devolver o aspeto funcional e estético são os requisitos fundamentais para a indicação da cirurgia periodontal.

A técnica de referência (*Gold Standard*) é a técnica de tecido conjuntivo mais retalho de avanço coronário, no entanto a técnica eleita para a cirurgia deste caso clínico foi a tunelização com enxerto de tecido conjuntivo. A técnica em questão (tunelização) consiste na elaboração de um túnel subepitelial fazendo a ligação das recessões, sem descolamento das papilas, e consequente interposição de enxerto. Esta tem tido resultados favoráveis no recobrimento radicular e aumento da quantidade de gengiva queratinizada. Está indicada no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller, isoladas ou múltiplas, com uma profundidade ≤ 3 mm (26) .

Comparativamente com a técnica de referência, a tunelização apresenta algumas vantagens como (26) (27) (29):

a) Cicatrização rápida precoce sem marcas visíveis (ausência de cicatrizes) logo duas semanas após a operação, devido ao desenho cirúrgico;

b) Nenhuma incisão de descarga vertical: o relaxamento do retalho vem do descolamento parcial da espessura além da junção mucogengival;

c) Sem incisões na papila: permanecem intactas durante todo o procedimento, preservando a ponta e a vascularização da mucosa mastigatória palatina (proteção da posição e altura das papilas);

d) Aumento imediato da banda de mucosa queratinizada: teoricamente, isso reduzirá as hipóteses de recidiva se a etiologia retornar;

e) Morbidade reduzida;

- f) Ausência de alterações significativas no posicionamento da linha mucogengival;
- g) Nenhuma mudança/manutenção na profundidade do vestibulo;
- h) Edema pós-operatório menor.

Plano de tratamento:

Neste caso e após uma análise intra-oral da zona a tratar, iniciou-se a cirurgia periodontal, começando pela anestesia infiltrativa local por vestibular e palatino dos dentes 24 e 25. Seguidamente, foi efectuada destartrização e alisamento radicular com curetas. Posteriormente, as superfícies dos dentes foram condicionadas com pasta de Tetraciclina (vibramicina 100mg) , durante 4 a 5 minutos.

Para além das tetraciclinas, poder-se-ia ter usado ácido cítrico ou EDTA para condicionar as raízes, aumentar a cobertura da raiz e encorajar uma nova ligação do tecido conjutivo entre a superfície da raiz e o tecido transplantado, no entanto nenhum benefício significativo é relatado com ou sem a aplicação destes compostos (27).

Em seguida foram feitas incisões sulculares em vestibular com lâmina 15 montada em bisturi, foram também utilizados instrumentos microcirúrgicos, de maneira a permitir a manipulação dos tecidos o mais atraumática possível. Posteriormente, foi efectuado o descolamento de espessura parcial e estendido de modo a estabelecer uma ligação entre as zonas com recessão, sem descolar as papilas. Assim, foi criado um túnel suprapariosteal sem descargas.

Após esta primeira abordagem, foi feita a recolha do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato anterior (região pré molar) através de uma incisão linear e medida de forma a adaptar-se à área do defeito. Ao enxerto foi retirado todo o tecido adiposo que continha e lavado com soro fisiológico. Seguidamente, este foi colocado no local do defeito, cobrindo as raízes expostas.

Por último, efectou-se suturas do retalho gengival com pontos suspensos com fio de sutura de nylon 6/0, de maneira a fixar e manter o enxerto na posição e no local adequado. No palato (zona dadora) foi colocado uma sutura compressiva.

Após a cirurgia, foram dadas as instruções para os cuidados pós operatório, recomendou-se a toma de paracetamol/ ibuprofeno para o tratamento da dor e por último foi indicada a não escovagem da zona intervencionada e o bochecho com clorohexidina durante as primeiras semanas. Uma semana após a intervenção foi retirada a sutura.

Registo fotográfico:



Ilustração 6: Fotografia extra oral da paciente



Ilustração 7: Fotografia intra oral da paciente antes das cirurgias



Ilustração 8: Fotografia intra-oral pré-operatótia do 2º Quadrante, salientando as recessões no 24 e 25



Ilustração 9: Fotografia pós-operatória do 2º Quadrante



Ilustração 10: Fotografia do 2º Quadrante, após 2 semanas da cirurgia



Ilustração 11: Fotografia após remoção de sutura do 2º Quadrante

Discussão e Conclusão:

O caso clínico apresentado revela uma reversão completa da recessão gengival no dente 14 após 4 meses de pós-operatório.

Após duas semana de pós operatório à cirurgia periodontal dos dentes 24 e 25 também se verifica uma boa evolução, adaptação do tecido conjuntivo que recobre totalmente as recessões que existiam nestes dentes.

Após 6 semanas as recessões encontram-se recobertas e existe estabilidade da zona operada.

Prognóstico:

Prevê-se que se mantenha estável ao longo do tempo, de acordo com a literatura (26).

Caso Clínico 2: Alongamento distal e descontaminação da bolsa mesial

Data da cirurgia: 19/03/2018

Sexo: Feminino

Idade: 65 anos

Antecedentes médicos e gerais: Sinusite

Terapia medicamentosa: Toma cálcio, medicamento para a circulação. Tomou ácido alendrónico durante cerca de 7 anos e deixou de tomar há 4 anos.

Antecedentes dentários: Restaurações nos dentes 14; 15; 24; 25 e 28. Portadora de duas pontes em ouro nos dentes 35 a 37 e 45 a 47. Férula com fibra de vidro do 33 ao 43

Antecedentes familiares: nada a assinalar

Índice de placa: 72,41%

Índice de sangramento: 8,62%

Higiene Oral: 2 vezes por dia. Não apresenta hábitos alcoólicos ou tabágicos

Patologia/ defeito anatómico: Periodontite crônica generalizada grave. Cárie subgengival no dente 47.

Periograma:

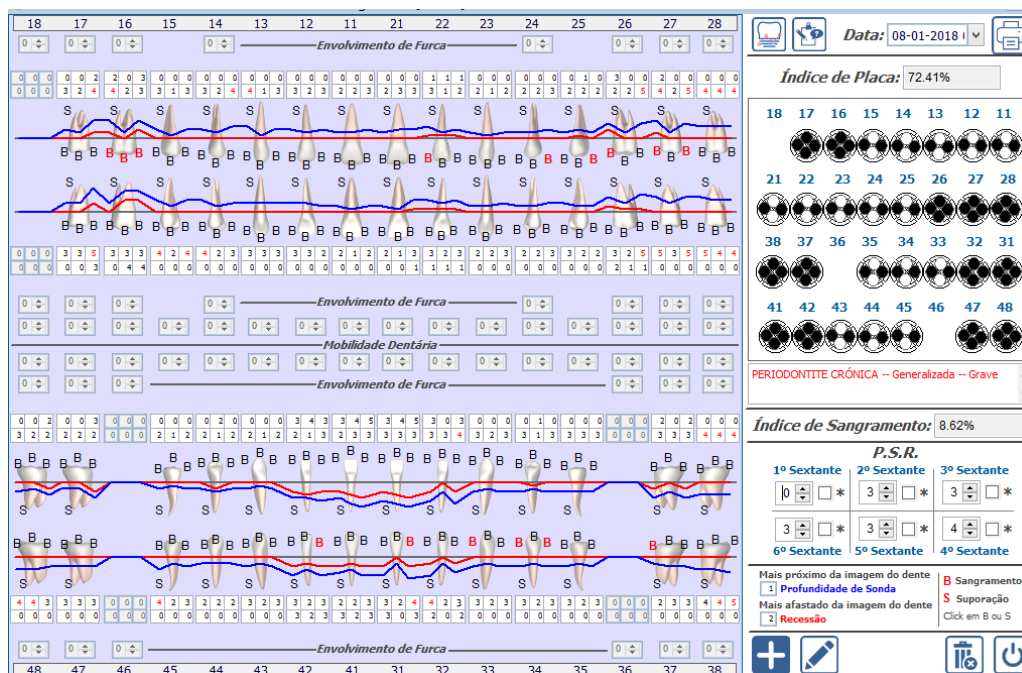


Ilustração 12: Periograma da paciente

Exames auxiliares de diagnóstico:

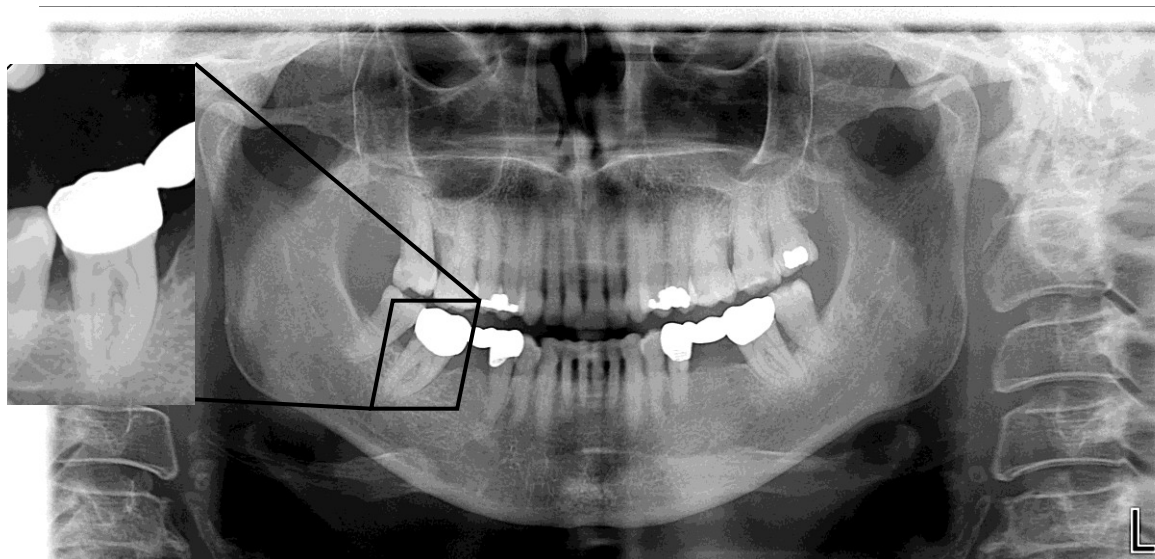


Ilustração 13: Ortopantomografia, salientando a cárie presente no dente 47

Contextualização do caso e respetivo diagnóstico:

Neste caso clínico foi detetada, através dos meios auxiliares de diagnóstico, uma cárie subgengival e por distal do dente 47, aquando da vinda da paciente a Prótese Fixa para controlo das pontes que possui no 3º e 4º Quadrante, nos dentes 35 a 37 e 45 e 47. A paciente não referiu dor no dente em causa, apenas sensibilidade ao frio devido a alguma exposição radicular e a problema periodontal (periodontite crónica generalizada grave). Após uma análise intra oral colocou-se a opção de acesso direto à cárie e a paciente foi reencaminhada para a área de Dentisteria Operatória.

Em Dentisteria Operatória foi analisado o caso, mas o acesso a esta era restrito devido à sua profundidade gengival. A paciente foi, portanto, reencaminhada para a área de Periodontologia para o alongamento coronário cirúrgico para possibilitar a descida da margem gengival e posterior acesso à cárie.

Contextualização teórica:

As principais indicações para o alongamento coronário cirúrgico são o tratamento de infecções subgengivais, cáries subgengivais, fraturas da coroa ou raiz,

erupção passiva alterada, reabsorção da raiz cervical, comprimento inadequado da coroa e aumento da coroa por motivos estéticos (28) (30).

A gengivectomia é um método de alongamento coronário, que consiste na remoção de tecido mole, no entanto esta é usada no caso de pseudo-bolsas ou bolsas onde a profundidade de sondagem é excessiva (31) .

Neste caso clínico optou-se pela cirurgia periodontal, pois tal como Blanco et al (32) referem que, para cáries que invadem o espaço biológico (epitélio do sulco, epitélio juncional e inserção conjuntiva) e atinjam, portanto, o tecido conjuntivo ou a crista óssea, é necessário tratamentos periodontais, como o alongamento da coroa, na tentativa de tornar uma margem de cavidade acessível e de alcançar o maior sucesso possível a longo prazo da restauração.

O alongamento coronário corresponde a aproximadamente 10% dos procedimentos efectuados nesta área (28). Através deste procedimento obtém-se um ganho supra-crestal do comprimento do dente, através da remoção de tecidos periodontais moles e/ou duros respeitando o espaço biológico (30)(32).

Na cirurgia deve-se ter em atenção ao espaço biológico, já que este é essencial para a manutenção da saúde gengival, e a sua invasão pode desencadear inflamação crônica, perda óssea, recessão gengival e formação de bolsas patológicas. Também a saúde periodontal, o estado endodôntico do dente, a relação coroa-raiz, a posição da furca, a proximidade entre as raízes dos dentes adjacentes e a forma da raiz devem ser avaliados. Fatores anatômicos como o seio maxilar, a profundidade do vestíbulo, altura do tronco (proximidade da entrada das furcas), quantidade de gengiva aderida, a posição do ramo mandibular e a crista oblíqua externa podem ser uma contraindicação desta técnica (32)(31).

Plano de Tratamento:

Numa primeira abordagem é analisado o dente e a distância da lesão cariosa ao osso, é feita a sondagem periodontal ao osso, complementada com técnicas radiológicas (32). De seguida é feito o bloqueio anestésico da área cirúrgica, neste caso por Vestibular e Lingual visto se tratar de um dente 47. Posteriormente, foi feito uma incisão intrasulcular com descarga a distal do dente 45 com retalho de espessura total (muco-periósteo), para devida visibilidade da superfície radicular do dente e da crista

alveolar óssea. O descolamento do retalho foi efectuado apicalmente e através de destartarizador e curetas de gracey 11/12, 13/14 foi realizado a raspagem e alisamento radicular do dente exposto, assim como a remoção do tecido de granulação.

Seguidamente procedeu-se à osteotomia distal do 47, que consiste na remoção do osso de suporte, com o auxílio de brocas e cinzéis. Esta quantidade de osso removido vai depender da extensão do alongamento da coroa necessária (28). Vários autores sugerem uma distância mínima de 3 mm de estrutura dentária coronal/radicular integra durante o alongamento coronário, preservando, dessa forma, a integridade do epitélio juncional e inserção conjuntiva (30) (33).

Por fim, foi irrigado a zona com soro fisiológico, para remover as impurezas e reposicionado e suturado o retalho ao nível da nova margem óssea, através de pontos de colchoeiro vertical externo e pontos simples na zona da descarga, obtendo assim uma adaptação firme do retalho aos tecidos subjacentes na posição apical desejada (28).

Recomendou-se à paciente a toma do anti-inflamatório ibuprofeno 600mg, receitou-se o bochecho com um antisséptico oral (clorhexidina) e ainda foram indicadas as instruções para os cuidados pós operatórios. Após a realização da cirurgia, recomenda-se um mínimo de 6 semanas de cicatrização antes de qualquer outro procedimento (32).

Registro fotográfico:

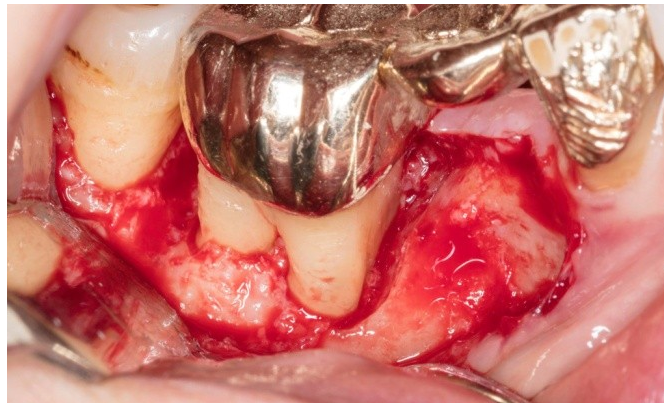


Ilustração 14: Fotografia operatória



Ilustração 15: Fotografia operatória, após remoção óssea e descontaminação da bolsa

Radiografia periapicais:



Ilustração 16: Radiografia periapical após o alongamento coronário



Ilustração 17: Radiografia periapical após tratamento da cárie em Distal do dente 47

Discussão e Conclusão:

Após a cirurgia, verifica-se que a margem óssea desceu cerca de 2/3mm, com uma descida consequente da margem gengival e tornando a cárie supragengival e visível para posterior tratamento.

Na ilustração 17 pode-se confirmar o possível acesso à cárie e tratamento definitivo desta, com resina composta.

Prognóstico:

Após o tratamento efetuado e com contínua higienização da zona, pode-se esperar uma longevidade do dente em causa e consequentemente da ponte em ouro nele suportado.

Caso Clínico 3: Regeneração óssea de defeito angular

Data da cirurgia: 28/05/2018

Sexo: Feminino

Idade: 72 anos

Antecedentes médicos e gerais: sinusite

Terapia medicamentosa: losartan e pantoprazol ratiopharm

Antecedentes dentários: extrações dentárias, restauração no 34 e 46 e endodontia do 34

Antecedentes familiares: nada a assinalar

Índice de placa: 76,25%

Índice de sangramento: 34,16%

Higiene Oral: uma vez por dia. Não apresenta hábitos alcoólicos ou tabágicos

Patologia/ defeito anatômico: Gengivite induzida por placa, Periodontite crônica localizada moderada no 3º sextante, Periodontite crônica localizada grave no 4º e 5º sextante. Perda óssea de aproximadamente 9mm entre o dente 32 e 33.

Periograma:

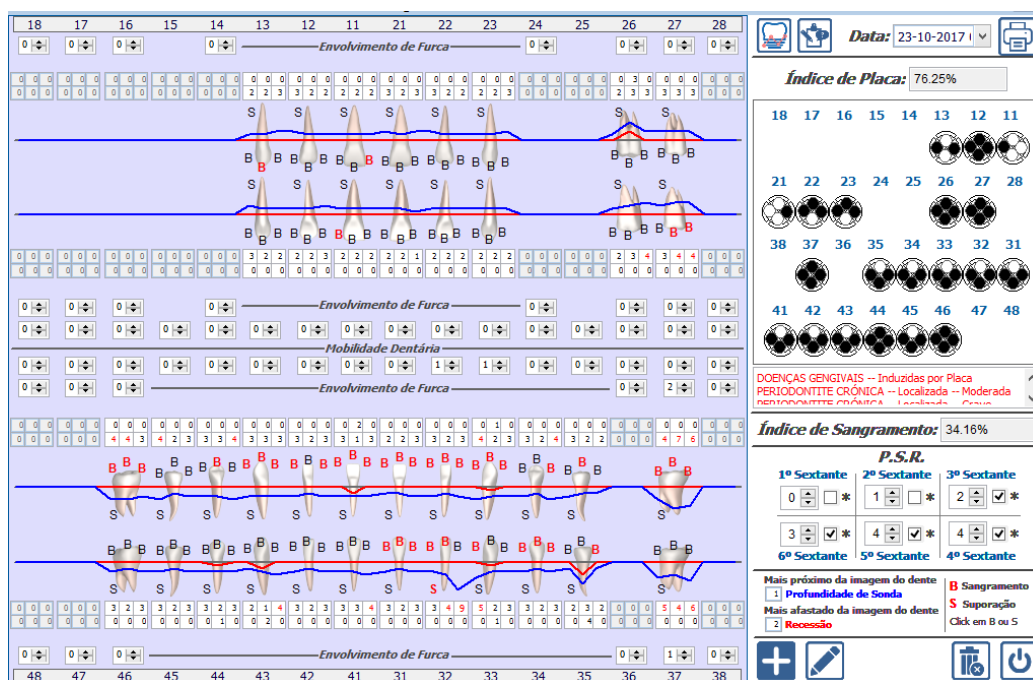


Ilustração 18: Periograma da paciente

Exames auxiliares de diagnóstico:



Ilustração 19: Ortopantomografia da paciente

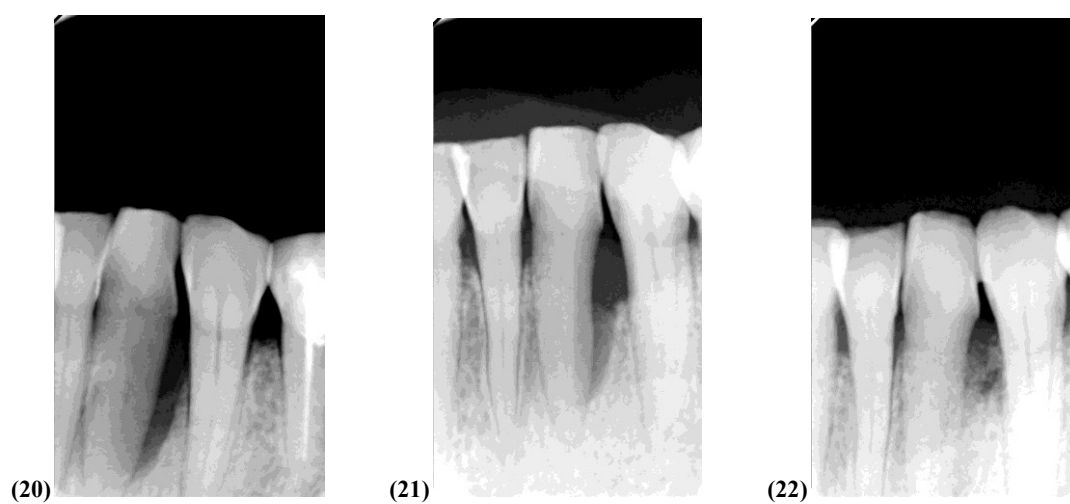


Ilustração 20: Radiografia periapical aquando da descoberta do defeito ósseo

Ilustração 21: Radiografia Periapical após curetagem

Ilustração 22: Radiografia Periapical após a cirurgia

Contextualização do caso e respetivo diagnóstico:

A 23/10/2017 foi encontrada uma bolsa periodontal de 9mm por distal do 32 associada a trauma oclusal e a bolsa apresentava supuração. Iniciou-se a raspagem de alisamento radicular a distal do 32 e mesial do 33 com posterior continuação a 06/11/2017. A 07/05/2018 foi reavaliada a zona e verificou-se uma diminuição da profundidade da bolsa para cerca de 7/8mm.

Contextualização teórica:

Os defeitos ósseos periodontais podem ser causados por diversos fatores como doença periodontais, fraturas dentárias, infecções periapicais crônicas, traumatismo alveolar ou complicação cirúrgica trans ou pós operatórias. Estes exibem-se em diferentes níveis de extensão e complexidade (34).

Este processo patológico pode ser prevenido, revertido através do controle dos fatores de risco e de técnicas que contribuam nesse sentido (34).

Neste caso clínico, tratando-se duma lesão infraóssea de origem periodontal foi planeada a regeneração periodontal usando o Straumann Emdogain®, um gel baseado em proteínas derivadas da matriz de esmalte que possibilita a regeneração previsível do tecido periodontal rígido/firme e mole perdido e, desta forma, ajuda a salvar e preservar o dente (35).

As proteínas derivadas da matriz de esmalte possuem o poder de mimetizar as fases embrionárias da odontogênese caracterizando-se, principalmente, pela formação de um tecido mineralizado semelhante a cimento (cimento acelular) que serviria de matriz para a re-população de células provenientes do ligamento periodontal, através de um processo bioquímico reconstruindo os tecidos de sustentação. A cicatrização tecidual com o uso deste gel mostrou a presença de fibroblastos gengivais, fibroblastos do ligamento periodontal bem como fibroblastos da derme (36).

Consequentemente, a aplicação de Straumann Emdogain® tem sido indicado como um potencial agente promissor no processo de regeneração periodontal (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) quando aplicado na superfície previamente instrumentada e limpa da raiz do dente (36) (37) (38) (39) (40) (41).

Este gel está clinicamente associado a uma redução da profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica e ganho de osso e a uma melhora nos efeitos de cicatrização dos tecidos moles (36). Segundo *Ohana et al* apresentou resultados clínicos positivamente correlacionados com a profundidade do defeito, onde defeitos mais profundos mostraram maiores ganhos de inserção clínica.

Também neste caso como substituinte ósseo foi usado um xenoenxerto, definido como osso derivado de um tecido vivo de outra espécie. Todo o conteúdo orgânico é eliminado, resultando em osso esponjoso inorgânico e desproteínizado para assegurar que nenhuma reação imune possa ocorrer. Este osso tem a mesma estrutura morfológica, em termos de seu índice de fósforo de cálcio, e dimensões isoméricas cristalinas que o osso esponjoso humano (42) (43).

Para além disso possui excelentes propriedades osteocondutoras, pois promove a adesão celular, a cicatrização de feridas e a formação de novo tecido ósseo. A aplicação do substituto material cria um ambiente (estabilização e revascularização do coágulo) que permite a imigração precoce de osteoblastos para a área destinada à regeneração óssea, levando à osteogênese (43) (44) .

Um material de xenoenxerto não sofre ou retarda muito a remodelação / reabsorção fisiológica, o que proporciona uma estabilidade duradoura e prolongada (manutenção do volume a longo prazo) (42) (43).

Neste caso foi utilizado o Straumann Xenograft®.

O Xenoenxertos possuem características como:

- a) Resistência: Cria um suporte duradouro;
- b) Biocompatibilidade: com os tecidos adjacentes, não induzindo resposta imune sistêmica ;
- c) Osteointegração: A baixa cristalinidade fornece uma superfície favorável à qual um novo osso pode aderir. Uma alta porosidade suporta a osteocondução, melhorando a integração do novo osso;

Para aplicações orais, geralmente vem em uma forma granular ou em pó, tornando-se um pouco difícil de lidar (45).

Todas as técnicas de enxerto necessita de raspagem pré-cirúrgica e exposição do defeito com um retalho de espessura total. Incluem a remoção cuidadosa e completa dos agentes irritantes, após exposição da área (11).

O trauma oclusal, assim como outros fatores, podem prejudicar a cicatrização pós-operatória dos tecidos periodontais de suporte, reduzindo a probabilidade de nova inserção, portanto o ajuste oclusal e a retirada de fatores traumáticos na zona operada é indicado após a cirurgia (11).

A técnica em questão consistiu no uso de um derivado de matriz de esmalte (Emdogain®) e materiais de enxerto ósseo inorgânico derivado de origem bovina (xenoenxerto).

A escolha da técnica do tratamento e os resultados clínicos dependem (11) :

- a)** Da dimensão e morfologia do defeito (lesões mais profundas resultam em maior preenchimento ósseo do que defeitos mais rasos);
- b)** Do número de paredes do defeito (defeito de três paredes possuem maior potencial de preenchimento do que os defeitos de duas ou uma parede);
- c)** Da quantidade de superfície radicular exposta e da capacidade de obter adequada cobertura radicular;
- d)** Do ângulo do defeito com o longo eixo do dente (quanto menor o ângulo, maior a capacidade de sucesso)

Plano de tratamento:

Antes do início da cirurgia, foi dado à paciente ibuprofeno 600mg para prevenir a dor pós operatória após a anestesia deixar de fazer efeito. De seguida foi feita a anestesia infiltrativa dos dentes 32 e 33, por Vestibular e Lingual.

Após estes procedimentos foi então iniciada o acesso à zona a regenerar através de um descolamento mucoperiósseo com descarga a distal do 33. De seguida foi eliminado todo o tecido de granulação presente entre as raízes do 32 e 33 através de uma cureta universal, foi usado ultrassons e foi efectuada raspagem e alisamento radicular através de curetas de Gracey e brocas de alisamento. Foi usado ácido ortofosfórico para a descontaminação da raiz do 32. De seguida foi aplicado gel Emdogain® sobre a raiz e colocada hidroxiapatite de origem bovina no local do

defeito ósseo e foi recoberto pelo retalho e suturado na zona através de pontos reforçados verticais internos.

Registo fotográfico:



Ilustração 23: Fotografia de Sondagem inicial



Ilustração 24: Fotografia de deslocamento do retalho



Ilustração 25: Fotografia de curetagem do dente 32

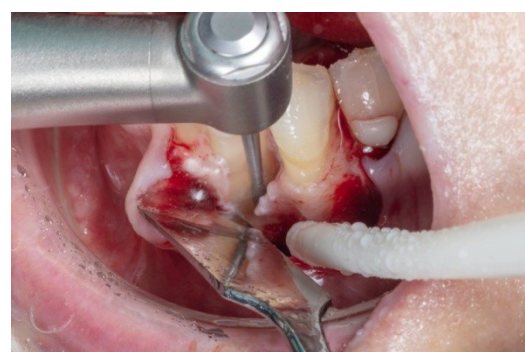


Ilustração 26: Fotografia de alisamento radicular com broca



Ilustração 27: Fotografia após alisamento radicular



Ilustração 28: Fotografia aquando da colocação do Emdogain



Ilustração 29: Fotografia da colocação de Xenograft



Ilustração 30: Fotografia final da cirurgia



Ilustração 31: Fotografia após 10 dias da cirurgia



Ilustração 32: Fotografia após 17 dias da cirurgia

Exame radiológico:



Ilustração 33: Radiografia periapical após a cirurgia

Discussão e Conclusão:

Após 16 dias da cirurgia efetuada verifica-se uma boa re-adaptação dos tecidos moles. À data do último controlo a situação está estável. Em Setembro serão reavaliados os parâmetros clínicos periodontais.

Em relação à aposição óssea só após 1 ano de maturação é que se pode avaliar os resultados clínicos e radiográficos do procedimento.

Prognóstico:

Após a cirurgia prevê-se deposição óssea na zona de defeito angular, no entanto existe um triângulo negro, correspondente à perda da papila, que não será preenchido na totalidade e provavelmente se manterá ao longo dos anos. Em relação à sensibilidade pode-se prever também uma diminuição desta com o passar dos meses.

ATIVIDADE CIENTÍFICA

Ao longo do Mestrado Integrado em Medicina Dentária foram divulgadas algumas publicações realizadas. Estas publicações efetuaram-se através de pesquisas científicas e bibliográficas na investigação do tema em causa. Ao todo realizou-se e foram publicados 4 pósteres de carácter científico, a seguir representados.

- Louro I, Rodrigues C, Ferreira V, Alves A, Carvalho R, Silva S. CANINO INCLUSO- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. 2018

CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE E MEDICINA DENTÁRIA

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

CANINO INCLUSO- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Louro I, Rodrigues C, Ferreira V, Alves A, Carvalho R, Silva S

Unidade de Clínica Integrada em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, Porto

Unidade de Clínica Integrada em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa, Porto

Introdução

Os dentes inclusos são aqueles que têm atraso na sua erupção ou aqueles cuja erupção não é esperada, sendo classificados com base numa avaliação clínica e radiográfica.⁽¹⁾ Os caninos são elementos dentários de proteção do sistema estomatognático, responsáveis pela função e harmonia oclusal, indispensáveis nos movimentos de lateralidade. Por esse motivo, há uma grande preocupação em reabilitar estas peças dentárias.⁽²⁾ Os caninos que se encontram inclusos podem promover perturbações mecânicas, infecciosas, nervosas e neoplásicas como qualquer outro dente.⁽³⁾

A deteção precoce da inclusão do canino pode reduzir o tempo de tratamento, complexidade, complicações e custo.⁽⁴⁾ O seu diagnóstico é baseado em exame clínico e radiográfico, e o tratamento mais utilizado é a técnica cirúrgica conjugada com Ortodontia.⁽⁵⁾

Apresentação do caso clínico

Paciente CR, raça caucasiana, sexo feminino, 19 anos, boa condição sistémica, braquifacial, apresentou ao exame clínico retenção protagética do canino decíduo superior (5.3), Classe I molar direita e esquerda e Classe II canina esquerda. Os exames complementares (ortopantomografia, periapical, TAC) mostraram a inclusão do canino superior direito por palatino com a cúspide próxima à raiz do incisivo lateral. O canino decíduo superior (5.3) foi mantido no arco até à exposição em boca, após cirurgia, do canino definitivo (1.3).



Ortopantomografia inicial (2018) Ortopantomografia após cirurgia (2019) Ortopantomografia após o arco de 8 meses (2020)



Apresentação inicial (2018) Tratamento ortodontico inicial (2019) Tratamento ortodontico final (2020)



Tratamento ortodontico inicial (2018) Tratamento ortodontico inicial (2019) Tratamento ortodontico inicial (2019) Tratamento ortodontico inicial (2019)

Discussão e conclusões

O paciente e/ou responsáveis devem estar cientes das vantagens e riscos do tratamento. Diagnosticada a impação do canino, pode-se considerar várias possibilidades de tratamento. O tratamento mais utilizado consiste na exposição cirúrgica do dente impactado e posterior posicionamento no local (tal como nos mostra este caso).

Podemos concluir que o tratamento de caninos impactados por palatino é extremamente complexo e deve-se tentar de todas as formas reposicionar estes dentes no arco dentário do paciente, devido à sua importância funcional e estética no desenvolvimento da oclusão normal de um indivíduo.

1. Richardson S, Russell WA. Tratamento de impactiones dentárias: revisões clínicas e radiográficas em crianças. J Can Craniofac. 2003;6(6):407-60.
2. Yeh H-H. Tratamento de impactiones dentárias: revisões clínicas e radiográficas em crianças. J Can Craniofac. 2003;6(6):407-60.
3. Richardson S, Russell WA. Tratamento de impactiones dentárias: revisões clínicas e radiográficas em crianças. J Can Craniofac. 2003;6(6):407-60.
4. Richardson S, Russell WA. Tratamento de impactiones dentárias: revisões clínicas e radiográficas em crianças. J Can Craniofac. 2003;6(6):407-60.
5. Richardson S, Russell WA. Tratamento de impactiones dentárias: revisões clínicas e radiográficas em crianças. J Can Craniofac. 2003;6(6):407-60.

- Ferreira V, Rodrigues C, Coutinho Alves C, Marques T, Santos N, Sousa M.

Alongamento distal e descontaminação da bolsa mesial - a propósito de um caso clínico. 2018

CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

12

Alongamento distal e descontaminação da bolsa mesial - a propósito de um caso clínico

Ferreira, V^a; Rodrigues, C¹; Coutinho Alves, C²; Marques, T³; Santos, N⁴; Sousa, M⁵

¹Aluno do Curso de Medicina Integrando em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Vilaça

²Aluno do Curso de Medicina Integrando em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Vilaça

Introdução

O alongamento coronário cirúrgico consiste no ganho supra-cristal do comprimento do dente, através da remoção de tecidos periodontais moles e duros. (1) (2)

As principais indicações são o tratamento de infecções subgingivais, cáries, fraturas da coroa ou raiz, erupção passiva alterada, reabsorção da raiz cervical e aumento da coroa por motivos estéticos.(1)(3)

A saúde periodontal, o estado endodôntico do dente, a relação coroa-raiz, a posição da furca, a proximidade entre as raízes dos dentes adjacentes e a forma da raiz devem ser avaliados. Fatores anatómicos como o seio maxilar, a profundidade do vestibulo, altura do tronco (proximidade da entrada das furcas), quantidade de gengiva inserida e a posição do ramo mandibular podem ser uma contraindicação.(2)(4)

Descrição do caso clínico

Paciente M.M, sexo feminino, toma cálcio, tomou ácido alendronico durante cerca de 7 anos e deixou de tomar há 4 anos, higiene oral razoável, índice de placa 72,4% e apresenta periodontite crónica generalizada grave. Apresentava cárie subgingival no dente 47, sendo que a paciente possui ponte do 45 ao 47. O objetivo foi o acesso à cárie subgingival para posterior tratamento desta.

Procedimento cirúrgico

- 1- Análise do dente e da distância da lesão cáries ao osso;
- 2- Sondagem periodontal ao osso, complementada com técnicas radiológicas;
- 3- Anestesia da zona e realização de uma incisão intrasulcular com descarga a mesial do dente 47 com retalho de espessura total;
- 4- Descolamento do retalho, efectuado apicalmente;
- 5- Raspagem e alisamento radicular do dente exposto, através de destartarizador e curetas de gracey 11/12, 13/14, assim como a remoção do tecido de granulação no defeito mesial infraósseo;
- 6- Osteotomia, com brocas de osso e cinzel e foi removido cerca de 3mm de osso a distal do dente;
- 7- Irrigação da zona com soro fisiológico, reposicionação e suturação do retalho ao nível da nova margem óssea(pontos de colcheteiro vertical externo e pontos simples na zona da descarga)

Discussão e conclusões

Através da análise dos resultados pós cirúrgicos, é possível concluir que a cirurgia periodontal foi bem sucedida foi efectuado um alongamento de cerca de 3mm para exposição da lesão de cárie e posterior tratamento da mesma.

Bibliografia

1-Young JM, Gordon SC, Edwards JJ, Stewart AJ. Regeneración y remodelación tisular en la cirugía periodontal. 2011;13(1):46-54. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698789711000044>

2-Young JM, Gordon SC, Edwards JJ, Stewart AJ. Regeneración y remodelación tisular en la cirugía periodontal. 2011;13(1):46-54. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698789711000044>

3-Young JM, Gordon SC, Edwards JJ, Stewart AJ. Regeneración y remodelación tisular en la cirugía periodontal. 2011;13(1):46-54. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698789711000044>

4-Young JM, Gordon SC, Edwards JJ, Stewart AJ. Regeneración y remodelación tisular en la cirugía periodontal. 2011;13(1):46-54. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698789711000044>

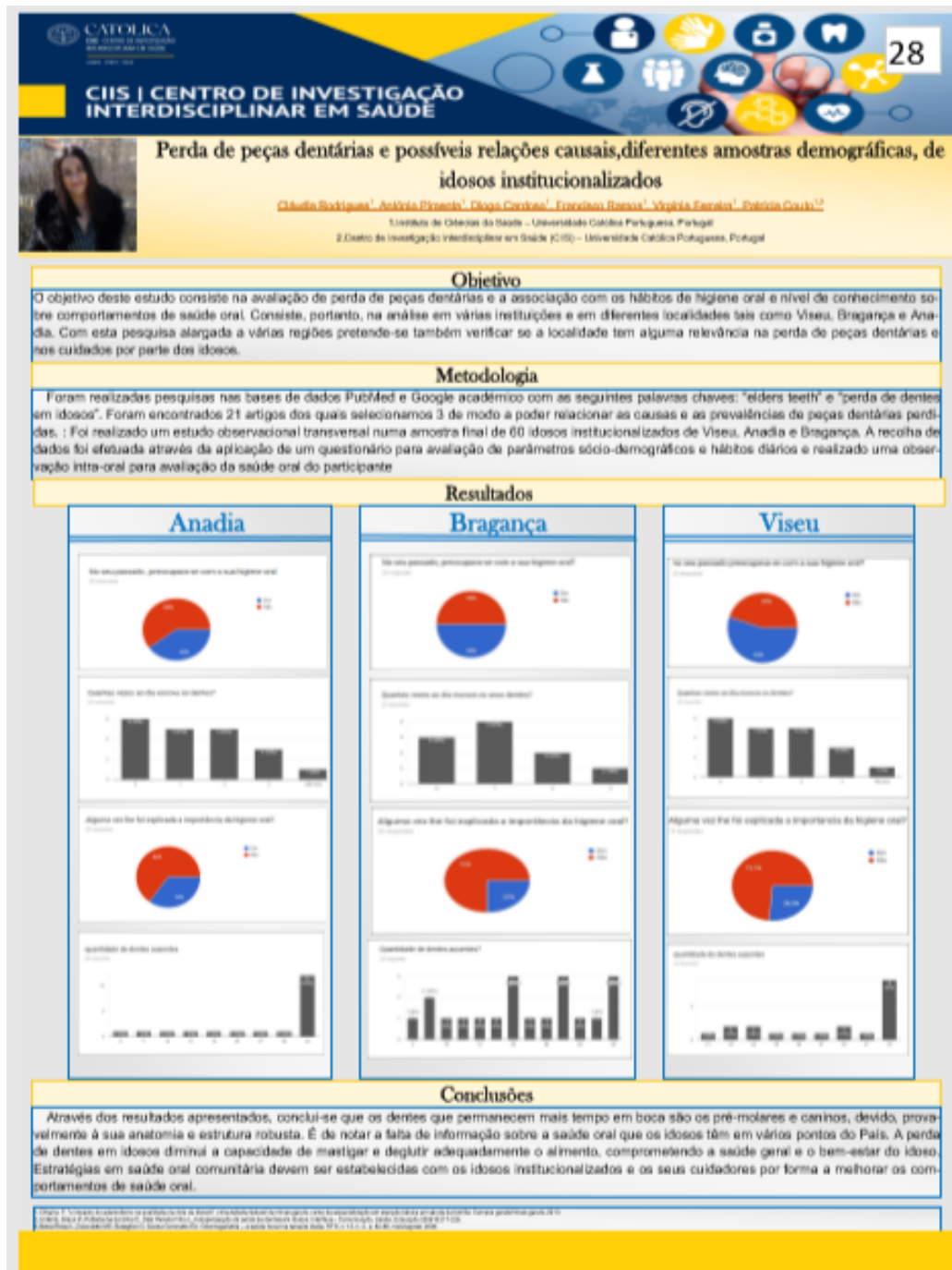
1. Raio x Periapical Inicial

2. Raio x Periapical final

3. Fotografia da exposição cirúrgica também com acesso ao defeito infraósseo mesial do dente 47

4. Fotografia da colectante do 47

- Rodrigues C, Pimenta A, Cardoso D, Ramos F, Ferreira V, Couto. P. Perda de peças dentárias e possíveis relações causais, diferentes amostras demográficas, de idosos institucionalizados. 2018



- Rodrigues C; Ferreira V; Coutinho C; Marques T; Santos N; Sousa M.

Recobrimento de recessões por técnica de tunelização - a propósito de um caso clínico. 2017



CATOLICA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE



CIIS | CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Recobrimento de recessões por técnica de tunelização - a propósito de um caso clínico

Rodrigues, C.¹; Ferreira, V.²; Coutinho, C.¹; Marques, T.¹; Santos, N.²; Sousa, M.²
¹ Aluna da 4ª fase do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Vilaça
² Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Vilaça

Introdução

A recessão gengival é caracterizada por um deslocamento apical da margem gengival, estando frequentemente associada a hiper-sensibilidade e queixas estéticas.⁽¹⁾

Atualmente, observa-se uma procura crescente por parte dos pacientes em relação à solução destes problemas, sendo as técnicas de cirurgia plástica periodontal indicadas, uma vez que, estas permitem melhorar ou restabelecer a harmonia do sorriso.⁽¹⁾

Assim, devolver o aspeto funcional e estético são os requisitos fundamentais para a indicação da cirurgia plástica periodontal.⁽²⁾

A técnica em questão (tunelização) consiste na elaboração de um túnel subepitelial fazendo a ligação das recessões, sem descolamento das papilas, e consequente interposição de enxerto conjuntivo e sutura com mobilização coronal do retalho em túnel.

Descrição do caso clínico

Paciente A.M, sexo feminino, boa condição sistémica, boa higiene oral, índice de placa 64%. Apresentava recessões na região dos pré-molares nos quatro quadrantes, de etiologia multifatorial, sendo que as do 1º quadrante já haviam sido submetidas à cirurgia e apresentavam resultados satisfatórios.

A cirurgia teve o objetivo recobrir as recessões no 2º quadrante de forma a minimizar os problemas estéticos e sensitivos.

Procedimento cirúrgico

1. Superfícies dentárias foram alisadas e condicionadas com pasta de Tetraciclina (Vibramicina 100mg);
2. Incisões sulculares em vestibular seguidas de descolamento de espessura parcial. A extensão do descolamento foi feita de modo a estabelecer uma ligação entre as zonas de recessão, mantendo as papilas intactas, criando um túnel;
3. Recolha do enxerto de tecido conjuntivo e epitélio do palato e posterior desepitelização;
4. Colocação do enxerto no local de defeito adaptando-o e estabilizando-o;
5. Sutura do retalho gengival com pontos suspensos com fio de sutura nylon 6/0.

Discussão e conclusões

Através da análise dos resultados pós cirúrgicos, é possível concluir que a cirurgia periodontal foi bem sucedida, visto que os objetivos estéticos e de sensibilidade foram atingidos através do total recobrimento das recessões em causa.



1. Follow up de 2 anos do 1º quadrante



2. Fotografia frontal intra-oral inicial



3. Fotografia pré-operatória do 2º quadrante



4. Fotografia pós-operatória do 2º quadrante



5. Fotografia após 2 semanas do 2º quadrante



6. Fotografia após remoção da sutura do 2º quadrante

Bibliografia

1. Jansen I, Brown FJ. Evidência de técnicas cirúrgicas periodontais... a propósito de um caso clínico com implantes dentários. J Oral Maxillofac Surg. 2011; 69(1):158-161.
 2. Sakuma Chigaki R, Santos Delfino, Vitor Jr JM, Marinho P, Diniz AM, Pinheiro M, et al. Causas do IP. In: Tópicos de Odontologia, 10ª edição, 2014, São Paulo: Elsevier, 2014. p. 10-15.
 3. Sakuma Chigaki R, Santos Delfino, Vitor Jr JM, Marinho P, Diniz AM, Pinheiro M, et al. Causas do IP. In: Tópicos de Odontologia, 10ª edição, 2014, São Paulo: Elsevier, 2014. p. 10-15.

CONCLUSÕES

A execução deste relatório de atividade clínica permitiu a exposição estatística do trabalho elaborado pelo binómio 40 desde o dia 18 de Setembro de 2017 até ao dia 30 de Maio de 2018. Através desta análise pode-se concluir que existe uma grande amostra de pacientes na Clínica Universitária de Medicina Dentária, Viseu. Assim, quanto maior a amostra de pacientes atendidos pelos binómios presentes na faculdade maior a capacidade que o futuro aluno médico dentista tem em atribuir um diagnóstico preciso e consenso e elaborar um plano de tratamento o mais eficaz e competente a ser executado no paciente.

A Medicina Dentária é cada vez uma área mais procurada pelos pacientes. Tanto no sentido estético, pois hoje em dia a estética é cada vez mais procurada como finalidades de tratamentos dentários, mas também como um método de prevenção de doenças orais. Esta prevenção é cada vez maior em crianças, sendo que os adultos também procuram esta área numa tentativa de manter, futuramente, os seus dentes em boca. No entanto, ainda se verifica pacientes que se deslocam à clínica devido a dores dentárias ou infeções, mas que após o tratamento se mantêm mais efetivos nos cuidados de higiene oral e posteriores reabilitações de zonas desdentadas.

Pode-se concluir ainda que os pacientes por norma estão satisfeitos com os tratamentos realizados na clínica e verifica-se um seguimento de pacientes nas diferentes áreas e no contínuo atendimento pelo mesmo binómio, na medida em que a relação de confiança entre médico-paciente se mantêm ao longo das consultas. Também se verifica uma relação entre pacientes que aconselham a ida à clínica nos tratamentos dentários como familiares, amigos e vizinhos.

Ao longo da atividade clínica executada o aluno obtém capacidades de interpretação de diagnósticos, através da comunicação com o paciente e de meios auxiliares de diagnósticos. Os planos de tratamento são discutidos com os docentes das áreas disciplinares e os pacientes e quando aceites postos em prática ou reencaminhados para as devidas áreas.

Para além dos tratamentos realizados ao longo das aulas práticas também foi possível observar e intervir em casos clínicos diferenciados, com os docentes das áreas disciplinares em causa, o que permite a aprendizagem de outras técnicas cirúrgicas de intervenção.

Esta atividade clínica permite ao aluno uma visão prática daquilo que será executada após o Mestrado Integrado em Medicina Dentária e permite-lhe obter as capacidades teóricas e práticas para o tratamento dos pacientes.

Concluindo, a Medicina Dentária está em constante evolução, verificando-se cada vez mais técnicas e materiais novos para diversos planos de tratamento, permitindo ao médico dentista várias escolhas e possibilidades de reabilitação ao paciente. Estas opções devem ser tomadas de acordo com o paciente, a sua vontade e o seu nível económico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C De. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Port.* 2008;39(4):163–70.
2. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimização da anamnese em Medicina Dentária. *Cad Saúde.* 2011;4(2):47–55.
3. SUTHERLAND SE. Evidence-based Dentistry. *Pakistan Oral Dent Jr.* 2009;22(2):95–6.
4. Patel N, Broadfield LJ, Mellor AC. Medical profile of patients accessing hospital-based emergency dental care. *Oral Surg.* 2014;7(1):26–32.
5. Mata AD, Marques D, Silveira J, Marques J. Medicina dentária baseada na evidência: Uovas opções para velhas práticas. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2008;49(1):31–7.
6. Barbosa LL rodrigues, Ikeziri M. A HISTÓRIA DA PRÓTESE DENTÁRIA. FACULDADE SÃO LUCAS LAIO; 2016.
7. Bottan ER, Silveira EG, Odebrecht CM de los R, de Araújo SM, de Farias MMAG. Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do “Dentista Ideal”: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2010;51(1):19–23.
8. Stimson DRS, G. P. Forensic dentistry. *Clinical Forensic Medicine*, 3rd Edition. 2009. 193-204 p.
9. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):355–8.
10. Lindhe, Jan; Lang NP. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Vol. 53, WILEY Blackwell. 2013. 1689-1699 p.
11. Newman; MG, Takei; HH, Klokkevold; PR, Carranza FA. *Periodontia Clínica - Carranza 10º edição.* 2006.
12. HSE. Oral Health Assessment: Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland. 2012;

13. Costa ALM, Paiva E, Ferreira LP. Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. *Rev Port Clínica Geral*. 2006;22:337–46.
14. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51–9.
15. Carvalho W, Silva SRR da, Porto BE dos S, Gouvêa CVD. Prótese Removível Retida Por Implantes E Dente Em Maxila Parcialmente Edêntula. 2006;54(3):244–8.
16. Cavalcanti RVA, Bianchini EMG. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):490–502.
17. Coelho Goiato M, Castelleoni L, dos Santos, Daniela Micheline; Gennari Filho H, Govçalves Assunção W. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. Vol. 5. 2005.
18. Rosenstiel SF. Prótesis Fija Contemporánea-completo.pdf. 2008. p. 1152.
19. Shillingburg HT, Sather DA, Wilson EL, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ, et al. *Fundamentals of fixed prosthodontics*. Quintessence Publishing. 2012. 1-586 p.
20. Rosenstiel SF., Land; MF, Fujimoto J. *Contemporary fixed prosthodontics*. 2016.
21. Oliveira de Almeida E, Martins da Silva EM, Falcón Antenucci RM, Freitas Junior AC. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. *Rev Estomatológica Hered*. 2007;17(2):104–7.
22. Vertucci FJ. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures. *Endod Top*. 2005;10(1):3–29.
23. Brusola JAC. *Ortodoncia Clínica y terapéutica*. 2010. p. 1–682.
24. Türp JC, Greene CS, Strub JR. Dental occlusion: A critical reflection on past, present and future concepts. *J Oral Rehabil*. 2008;35(6):446–53.
25. Escoda CG, Aytés LB. *Tratado de Cirugía Bucal : Tomo I. Tratado Cirugía Bucal Tomo I*. 2004;341-353-496.
26. Xavier I, Alves R. Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado - a propósito de um

- caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2015;56(4):256–61.
27. Tözüm TF. A promising periodontal procedure for the treatment of adjacent gingival recession defects. *J Can Dent Assoc*. 2003;69(3):155–9.
 28. Marzadori M, Stefanini M, Sangiorgi M, Mounssif I, Monaco C, Zucchelli G. Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone. *Periodontol* 2000. 2018;0:1–9.
 29. Zabalegui I, Sanctis M de. Multiple adjacent gingival recessions: which technique to use, tunnel or flap? *Perio Insight*. 2018;
 30. Lanning SK, Waldrop TC, Gunsolley JC, Maynard JG. Surgical Crown Lengthening: Evaluation of the Biological Width. *J Periodontol*. 2003;74(4):468–74.
 31. Bueno L. Puesta al día en Alargamiento coronario basado en la evidencia científica. *Puesta al día en Periodoncia*. 2004;14(3):7–15.
 32. Dablanca-Blanco AB, Blanco-Carrión J, Martín-Biedma B, Varela-Patiño P, Bello-Castro A, Castelo-Baz P. Management of large class II lesions in molars: how to restore and when to perform surgical crown lengthening? *Restor Dent Endod*. 2017;42(3):240–52.
 33. Rissato M, Trentin MS. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão da literatura. 2012;234–9.
 34. Salomão M, Siqueira JTT de. Regeneração óssea guiada através de barreira exposta ao meio bucal após exodontias: Relato de caso. *Rev Bras Implant*. 2010;Jul-Set:5–7.
 35. Bosshardt DD. Biological mediators and periodontal regeneration: A review of enamel matrix proteins at the cellular and molecular levels. *J Clin Periodontol*. 2008;35(SUPPL. 8):87–105.
 36. Ohana RAEH, Quaresma M da C, Menezes SAF de, Menezes TO de A. PROTEÍNA DA MATRIZ DO ESMALTE COMO RECURSO COADJUVANTE NA TERAPIA PERIODONTAL REGENERATIVA –

REVISÃO DE LITERATURA Proteins derived from the enamel matrix as coadjuvante resource in regenerative the periodontal. Rev Periodontia. 2010;20(1):7–13.

37. Sallum EA, Pimentel SP, Saldanha JB, Nogueira-Filho GR, Casati MZ, Nociti FH, et al. Enamel Matrix Derivative and Guided Tissue Regeneration in the Treatment of Dehiscence-Type Defects: A Histomorphometric Study in Dogs. J Periodontol. 2004;75(10):1357–63.
38. Bosshardt DD, Sculean A, Windisch P, Pjetursson BE, Lang NP. Effects of enamel matrix proteins on tissue formation along the roots of human teeth. J Periodontal Res. 2005;40(2):158–67.
39. Pimentel SP, Sallum AW, Saldanha JB, Casati MZ, Nociti FH, Sallum EA. Enamel matrix derivative versus guided tissue regeneration in the presence of nicotine: A histomorphometric study in dogs. J Clin Periodontol. 2006;33(12):900–7.
40. Cochran DL, King GN, Schoolfield J, Velasquez-Plata D, Mellonig J., Jones A. The Effect of Enamel Matrix Proteins on Periodontal Regeneration as Determined by Histological Analyses. J Periodontol. 2003;74(7):1043–55.
41. Sakallioğlu U, Açikgöz G, Ayas B, Kirtiloğlu T, Sakallioğlu E. Healing of periodontal defects treated with enamel matrix proteins and root surface conditioning - An experimental study in dogs. Biomaterials. 2004;25(10):1831–40.
42. Banihashem T, Zulfijaj F. Maxillary sinus floor augmentation with different bone grafting materials for dental implant treatment A systematic review. 2013;
43. Simion M, Fontana F, Rasperini G, Maiorana C. Vertical ridge augmentation by membrane and a combination of intraoral autogenous bone graft and deproteinized anorganic bovine bone (Bio Oss). Authors J Compil. 2007;620–9.
44. Hammerle HFC, Karring T. Guided bone regeneration at oral implant sites. Periodontol 2000. 1998;17:151–75.
45. Mahesh J, Mahesh R, John J. Predictability of Bone Regeneration In Periodontal

Surgery-A Review. IOSR J Dent Med Sci. 2012;2(6):2279–853.